Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México



René Leyva Flores
Frida Quintino Pérez
EDITORES









Este libro presenta una rica experiencia de respuesta social generada a partir de evidencias sobre migración y salud sexual y reproductiva -incluyendo VIH/SIDA/ITS y la problemática de la violencia sexual- en contextos de frontera. El reconocimiento de la urgencia de garantizar los derechos sexuales y reproductivos más allá de las fronteras políticas, las evidencias de que la vulnerabilidad social se acentúa en los procesos migratorios y la búsqueda de respuestas apropiadas a las necesidades de salud de las poblaciones migrantes son elementos centrales de las iniciativas de cooperación sur-sur desarrolladas en la frontera México-Guatemala.

Los resultados de investigación generados en el marco de estas iniciativas permiten comprender mejor los contextos estructurales que definen la condición de vulnerabilidad social en salud de determinados grupos móviles y migrantes. Desde diferentes perspectivas, los autores indagan sobre la forma en que los procesos migratorios inciden y condicionan la salud sexual y reproductiva de mujeres y jóvenes migrantes pertenecientes a grupos sociales diferenciados en términos de su composición de género, edad, nacionalidad, lugar de origen e inserción laboral, así como por sus rutas, tiempo de estancia en las localidades fronterizas y motivos para migrar.

Este volumen también documenta los procesos y resultados de intervenciones desarrolladas para promover la salud sexual y reproductiva de tres grupos sociales: las y los trabajadores agrícolas migrantes, las mujeres en trabajo sexual y las personas migrantes en tránsito por la frontera sur. Los trabajos contenidos en este libro demuestran que, a pesar de las profundas desigualdades y adversidades, las fronteras también representan espacios de oportunidad para la formulación de políticas y el desarrollo de estrategias basadas en una red funcional capaz de incidir en las interacciones sociales a favor de los derechos de las personas migrantes.




Instituto Nacional de Salud Pública







Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México

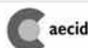


René Leyva Flores
Frida Quintino Pérez

EDITORES









Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México

Primera edición, 2011

Avenida Universidad 655
Colonia Santa María Ahuacatitlán
62100 Cuernavaca, Morelos, México

ISBN: 978-607-511-016-5

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Proyecto Promoción de la salud sexual y reproductiva, incluida la prevención del VIH/SIDA y la violencia de género de poblaciones migrantes, particularmente mujeres y jóvenes, desarrollado con el apoyo técnico y financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (UNFPA/AECID), en el marco de un Fondo de Cooperación para América Latina en Salud Sexual y Reproductiva.

Coordinación editorial: Víctor Becerril Montekio

AUTORES

Prólogo
Marcela Suazo

Capítulo I. Introducción. La salud sexual y reproductiva en grupos móviles y migrantes
René Leyva y Frida Quintino

Capítulo II. El contexto: Salud y migración en la frontera México-Guatemala
Frida Quintino, René Leyva, Mónica Cerón y Elvia Guzmán

Capítulo III. Marco conceptual y metodológico: Diseño de un modelo integral para migración y salud sexual y reproductiva en zonas fronterizas
René Leyva y Frida Quintino

Capítulo IV. Servicios de salud: Prevención y atención de necesidades de SSR en población migrante
Frida Quintino, René Leyva, Mónica Cerón, Gerardo Espinosa, Nelly Gómez, Catalina Mateos y Guadalupe Sánchez

Capítulo V. Migrantes en tránsito por México: Derechos sexuales y reproductivos
César Infante, Flor María Rigoni, Jorge Velázquez, Ubaldo Ramos y René Leyva

Capítulo VI. Trabajadoras sexuales en la frontera México-Guatemala: vulnerabilidad y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva
Frida Quintino, René Leyva, Francisco Chong, Nelly Gómez, Paola Alcalá y Rosemberg López

Capítulo VII. La reforma del reglamento municipal de sanidad en la frontera sur México: la exigibilidad del derecho
Rosa María Yañez, César Infante, Rosemberg López, Nelly Gómez, René Leyva y Frida Quintino

Capítulo VIII. Salud sexual y reproductiva en trabajadores(as) agrícolas migrantes en fincas cafetaleras de la región fronteriza de Soconusco
Mónica Cerón, Salvador Aceves, Evaristo García,
Nelly Gómez, René Leyva y Frida Quintino

Capítulo IX. Conclusiones
René Leyva
Co-autora Frida Quintino

SOBRE LOS AUTORES

Aceves Salvador
Médico-cirujano; Secretaría de Salud del Estado de Chiapas; coordinador del Programa de Enseñanza de la Jurisdicción Sanitaria VII-Tapachula.

Alcalá Paola
Pasante de la Licenciatura en Antropología Social de la Escuela Nacional de Antropología e Historia; ayudante de investigación en el Proyecto Promoción de los derechos de jóvenes y mujeres migrantes en áreas vulnerables de la frontera México-Guatemala: prevención y atención de la salud sexual y reproductiva.

Cerón Mónica
Licenciada en Política y Gestión Social de la Universidad Autónoma Metropolitana y Doctorante del Programa de Posgrado en Estudios Latinoamericanos de la Universidad Nacional Autónoma de México; co-investigadora del Proyecto Promoción de los Derechos de Jóvenes y Mujeres Migrantes en Áreas Vulnerables de la Frontera México-Guatemala: Prevención y Atención de la Salud Sexual y Reproductiva.

Chong Francisco
Licenciado en Sociología y Doctorante en el Posgrado de Ciencias en Ecología y Desarrollo sustentable en ECOSUR; colaborador de Una Mano Amiga en la Lucha contra el SIDA (UMA); ayudante de investigación en el Proyecto Promoción de los derechos de jóvenes y mujeres migrantes en áreas vulnerables de la frontera México-Guatemala: prevención y atención de la salud sexual y reproductiva.

Espinosa Andrés Gerardo
Médico-cirujano; Jefe de la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, Chiapas.

Guzmán Elvia
Estudiante de la licenciatura de Promoción de la Salud de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; ayudante de investigación en el Proyecto Promoción de los derechos de jóvenes y mujeres en áreas vulnerables de la frontera México-Guatemala: prevención y atención de la salud sexual y reproductiva.

García Evaristo
Enfermero; Responsable del Módulo de Salud de Casa Roja del Instituto Nacional de Migración.

Gómez Nelly
Psicóloga Clínica por el Centro de Estudios Avanzados de Tapachula y Maestra en Administración por el IECH; Secretaría de Salud del Estado de Chiapas, coordinadora del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA/ITS de la Jurisdicción Sanitaria VII-Tapachula.

Infante César
Médico-cirujano y Doctor en Ciencias por el Instituto de Educación de la Universidad de Londres; investigador del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública; y co-investigador del Proyecto Promoción de los derechos de jóvenes y mujeres migrantes en áreas vulnerables de la frontera México-Guatemala: prevención y atención de la salud sexual y reproductiva.

Leyva René
Médico-cirujano y Doctor en Sociología por la Universidad de Barcelona; Director de Gerencia y Liderazgo en Salud del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública; miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel II; responsable del Proyecto Promoción de los Derechos de Jóvenes y Mujeres Migrantes en Áreas Vulnerables de la Frontera México-Guatemala: Prevención y Atención de la Salud Sexual y Reproductiva.

López Rosemberg
Licenciado en Derecho por el Instituto de Estudios Superiores de Chiapas y Maestrante en Educación y Consejería Sexual por el Instituto Chiapaneco de estudios de Posgrado en Psicoterapia; coordinador de la organización Una Mano Amiga en la Lucha contra el SIDA A.C.

Mateos Catalina
Médico-cirujano; Secretaría de Salud del Estado de Chiapas, coordinadora de Salud de la Mujer de la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, Chiapas.

Rigoni P. Flor María
Coordinador General de la Casa del Migrante Albergue Belén de Tapachula, Chiapas.

Sánchez Guadalupe
Psicóloga Clínica por el Centro de Estudios Avanzados de Tapachula; Secretaría de Salud del Estado de Chiapas, coordinadora del Programa de Prevención y Atención a la Violencia Familiar y de Equidad Género.

Quintino Frida
Licenciada en Sociología y Doctorante del Programa de Posgrado en Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana; profesora-investigadora de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; coordinadora del Proyecto Promoción de los Derechos de Jóvenes y Mujeres Migrantes en Áreas Vulnerables de la Frontera México-Guatemala: Prevención y Atención de la Salud Sexual y Reproductiva.

Ramos Ubaldo
Médico-cirujano por la Universidad Nacional Autónoma de México y Especialista en Ginecología y Obstetricia por la Secretaría de Salud; coordinador del Programa de Atención a víctimas de la violencia sexual, Clínica de Especialidades Condesa, Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

Velázquez Jorge
Médico-cirujano. Responsable de los servicios médicos de la Casa del Migrante Albergue Belén de Tapachula, Chiapas.

Yañez Rosa M.
Licenciada en Derecho por la Universidad por la Universidad Nacional Autónoma de México diplomada por el ITAM y la UNAM en bioética y en derecho ambiental y Tratado de Libre Comercio. Desde el año 2000 trabaja en MEDILEX Consultoría Médico Legal despacho que logró el reconocimiento de la exigibilidad judicial del derecho a la protección de la salud; diseñó las estrategias de defensa legal de las personas afectadas con VIH, correspondiente a personas con hemofilia.

ÍNDICE

ÍNDICE DE CUADROS Y FIGURAS

PRÓLOGO

La migración internacional continúa siendo un motivo de preocupación para los gobiernos y las organizaciones de la sociedad civil, ya que trata un fenómeno sus repercusiones afectan las relaciones internacionales, la seguridad nacional, el accionar de los Estados y el quehacer de las comunidades y los individuos.

El número de personas migrantes latinoamericanas y caribeñas se ha incrementado notablemente en los últimos años, de 21 millones en 2000 a casi 30.2 millones en 2010; cifra que representa el 5.2% del total de la población de América Latina y El Caribe.[1]

Los fenómenos migratorios en la región han adquirido una frecuencia y unas características diferentes en las últimas décadas respecto a las décadas anteriores. En términos geográficos, los lugares de destino de la migración se han diversificado de forma progresiva, ampliando los destinos migratorios más allá de los clásicos como los Estados Unidos y Canadá; Europa, en especial España en el caso de los latinoamericanos; Inglaterra y Holanda para los caribeños, así como Italia, Francia y Portugal para los sudamericanos. En el caso de México, los 11.8 millones de mexicanos residentes en Estados Unidos en 2007 representan cuatro por ciento de la población total de ese país y alrededor de 30 por ciento de la población inmigrante. Estas cifras colocan a México como el país con el mayor número de nacionales residentes en Estados Unidos, incluso por encima de grandes regiones del mundo: Asia, 26%, el resto de América Latina y el Caribe, 23%, y Europa, 14%.[2]

Uno de los aspectos más preocupantes de la migración es que muchas veces está asociada con la vulneración de los derechos humanos. Mientras que la migración internacional se legitima como estrategia y opción para las personas, también entraña riesgos de vulnerabilidad para los migrantes, en particular los indocumentados, los jóvenes y, entre ellos especialmente las mujeres, dependiendo de sus características socioeconómicas, así como del contexto de origen y destino. En el caso de México se estima que cada año emigran hacia los Estados Unidos unas 500,000 personas, de las cuales más del 25% son jóvenes y por tanto, están en edad reproductiva.[2]

En los casos de migración indocumentada, el acceso a servicios médicos, la falta de seguro de salud y los altos costos de los servicios médicos representan riesgos importantes para la salud de los y las migrantes, en particular para las adolescentes y mujeres jóvenes.

Asimismo, la feminización de la epidemia de VIH, sumada al estado de alta vulnerabilidad y a la falta de acceso a información y servicios de salud, es un factor de riesgo para la prevención del VIH y un impedimento para que aquellas personas que viven con VIH puedan tener acceso a tratamiento y cuidado.

La violencia sexual también es un factor preocupante, que afecta principalmente a las adolescentes y mujeres jóvenes migrantes. La escasa información sobre la población afectada y sobre su atención oportuna y de calidad en un marco de respeto a sus derechos y a su dignidad representa uno de los retos más importantes en la región. Urge desarrollar estrategias efectivas para la prevención del problema y para la mitigación de los daños y consecuencias para la salud.

En este contexto, la implementación de programas de atención a las necesidades de salud sexual y reproductiva, ITS/VIH y violencia de género para población migrante, particularmente jóvenes y mujeres, se convierte en un importante desafío en los países de tránsito, en las zonas fronterizas o en los países de destino, los cuales presentan características particulares relacionadas con el volumen de flujos migratorios y desplazamiento, los perfiles epidemiológicos, la carencia de servicios básicos de salud y la falta de protección a los derechos humanos.

Los derechos humanos de los migrantes distan mucho de estar protegidos y existen situaciones que hacen pensar que el modificar esto implica una ardua tarea. Por ejemplo, existe una gran desvinculación entre la soberanía nacional y el resguardo de los derechos humanos de los migrantes, especialmente si se considera el énfasis actual en la seguridad y la lucha contra las redes de tráfico organizadas. Se ha manifestado una creciente preocupación internacional—no exenta de controversia— por la protección de los derechos humanos de todas las personas migrantes, la cual constituye un marco nuevo y completamente necesario para la cooperación entre los Estados y la promoción de políticas migratorias constructivas y más eficaces.

Debe subrayarse la vinculación entre la migración femenina y la vulnerabilidad, en la que influyen los factores mencionados y otros elementos tales como la violencia y la trata de personas, el bajo nivel de escolaridad y los salarios inferiores al mínimo establecido, el trabajo forzado y las condiciones de vida peligrosas y la falta de acceso a los servicios sociales básicos, entre muchos otros que acentúan las inequidades de género.

Estas situaciones se hacen más complejas en el caso de los indocumentados o de las personas que trabajan de manera irregular. Entre las mujeres se destacan, por su gravedad, las diferentes expresiones del comercio sexual y el trabajo sexual forzado, o las vinculadas a su papel como trabajadoras del hogar. Tales situaciones permanecieron prácticamente ocultas hasta que se destacó la feminización migratoria en varias regiones del mundo.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA está trabajando en la región para integrar programas de prevención y atención a la salud en general y en especial a la salud reproductiva, en las fronteras y en los países emisores y receptores de mujeres y jóvenes migrantes. En este marco se inscribe y desarrolla la iniciativa de fortalecimiento de la capacidad de respuesta social a la salud de grupos móviles y migrantes en la frontera Sur de México, con especial énfasis en la salud sexual y reproductiva, como parte de una estrategia regional a nivel fronterizo en diez países de América Latina, promovida por el UNFPA. Este proyecto incorpora un enfoque de cooperación y colaboración interinstitucional e inter-agencial con el propósito de contribuir a reducir la vulnerabilidad social en el marco de una estrategia de equidad en salud. Asimismo dicha intervención desarrolló un modelo de atención integral a la salud sexual y reproductiva para migrantes con fines de atención o prevención del embarazo, de prevención de la violencia, incluyendo la violencia sexual, y de prevencion del VIH y las ITS, así como para brindar tratamiento y cuidado a las personas migrantes que viven con SIDA.

En este libro se presentan resultados que muestran la capacidad de las organizaciones sociales y gubernamentales de salud, migración y promoción y defensa de derechos humanos, así como de organizaciones de producción agrícola, entre otras, para el diseño, implementación y evaluación de estrategias en colaboración con instituciones académicas como el Instituto Nacional de Salud Pública de México.

Con esta publicación, el UNFPA, en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública de México, se propone continuar su apoyo a la difusión de conocimiento sobre los vínculos entre migración y salud, en particular la salud sexual y reproductiva, contribuyendo así a visibilizarlos y concientizar a los gobiernos y a la sociedad civil sobre la importancia de la promoción de políticas públicas y protocolos para la oferta de servicios de atención dirigidos a las personas migrantes, en especial a las mujeres y jóvenes .

Marcela Suazo
Directora para América Latina y el Caribe
Fondo de Población de las Naciones Unidas

Referencias

1. World Bank. Migration and Remittances Factbook 2011. Consultado septiembre 2011. Disponible en: http://siteresources.worldbank.org/INTPROSPECTS/Resources/334934-1110315015165/Factbook2011Spanish.pdf
2. CONAPO. Migración y Salud. Latinos en Estados Unidos. México, DF. 2008. Consultado, 24 septiembre 2011. http://www.conapo.gob.mx/index. php?option=com_content&view=article&id=351&Itemid=15

AGRADECIMIENTOS

Los editores y autores de este trabajo expresan su reconocimiento y agradecimiento a los migrantes en tránsito, trabajadores y trabajadoras agrícolas y trabajadoras sexuales por su confianza y disponibilidad para brindar la información requerida y participar activamente en una iniciativa que buscó mejorar las condiciones de acceso a los servicios de salud y promover el respeto a los derechos humanos, sexuales y reproductivos de los grupos móviles, migrantes y residentes de la frontera sur de México.

A los médicos, enfermeras y otros profesionales de la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, Chiapas, y en especial al personal de los Centros de Salud de Ciudad Hidalgo, Tuxtla Chico y Cacahoatán, así como las autoridades municipales, en especial las relacionadas con la atención de la salud municipal de las comunidades fronterizas, por su interés para abrir las puertas de los servicios de salud a los grupos vulnerables, especialmente a los migrantes. De igual forma, a los Centros de Salud de Tecún Umán, Hospital de Coatepeque y Clínica 13, en Guatemala.

La Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, del Instituto de Salud del Estado de Chiapas, a través de la Coordinación del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA/ITS, del Programa de Atención a la Salud de la Mujer, del Programa de Enseñanza y del Programa Atención a la Salud del Migrante y por asumir el rol rector de las instituciones públicas y de salud para el desarrollo de una estrategia institucional dirigida a la promoción de la salud sexual y reproductiva, la prevención y atención del VIH y la violencia sexual en personas migrantes.

A las organizaciones de la sociedad civil: “Casa del Migrante, Albergue Belén” de Tapachula, Chiapas y “Una Mano Amiga en la Lucha contra el SIDA”, por su activa participación en la promoción y defensoría de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de los migrantes y otros grupos móviles. En Guatemala, a la “Casa del Migrante en Tecún Umán”, al “Proyecto Vida”, al “Equipo ASPRODEN”, y a la “Red suroccidental de Guatemala para la prevención, vigilancia y atención del VIH/SIDA”, por su disposición para establecer mecanismos de cooperación inter-fronteriza a favor de la salud sexual y reproductiva de los migrantes.

Al grupo de trabajo para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de trabajadoras sexuales extranjeras y nacionales, conformado por organizaciones sociales y gubernamentales: MEDILEX- Asesoría Médico Legal, Diversidad y Género A. C.; a la Presidencia Municipal de Tapachula, Chiapas; al Departamento de Alcoholes del Ayuntamiento; a la Comisión Estatal de Derechos Humanos; a la Comisión Nacional de Derechos Humanos (Área de VIH); a la Organización Internacional para las Migraciones y al Departamento de Estudios Migratorios de la Secretaría de Desarrollo de la Frontera Sur, además de la Jurisdicción Sanitaria VII y Una Mano Amiga, que de manera conjunta analizaron y propusieron un Proyecto de reforma al Reglamento de Salud Municipal y al Bando de Policía y Buen Gobierno.

A los directivos de la Unión de Productores de Café Tacaná, a Agroindustrias Unidas de México S. A. y al Grupo Luttmann, así como al personal médico y administrativo de las fincas cafetaleras de Soconusco, Chiapas, por su interés para mejorar las condiciones de vida y salud y facilitar el acceso a la atención de la salud de la población de trabajadores y trabajadoras agrícolas migrantes.

A las instituciones gubernamentales de migración y desarrollo social, en particular la Casa Roja del Instituto Nacional de Migración y la Secretaría de Desarrollo de la Frontera Sur, por su amplia colaboración y apoyo para la implementación del proyecto.

A las instituciones de procuración de justicia a nivel nacional, estatal y local, en especial a la Fiscalía Especial para los Delitos de Violencia Contra las Mujeres y Trata de Personas (FEVIMTRA), a la Fiscalía General de Justicia del Estado de Chiapas y a la Procuraduría de la Defensa de la Mujer del Programa de Desarrollo Integral de la Familia (DIF), por su participación en el desarrollo de una estrategia integral para la atención de la violencia hacia los migrantes. Asimismo, a las organizaciones de la sociedad civil: “Organismo Municipal de La Mujer”, “Por la Superación de la Mujer A.C.” y “Refugio por la Superación de la Mujer”, por su participación en las actividades de capacitación de profesionales en el manejo de casos de violencia sexual en contra de personas migrantes.

Al Fondo de Población de las Naciones Unidas, particularmente al equipo de trabajo de las Oficina de UNFPA-México y Oficina UNFPA-Guatemala, por su generoso apoyo financiero y técnico para la implementación del Proyecto en la frontera sur de México, en un marco de colaboración regional sobre migración y salud.

Capítulo I.
Introducción. La salud sexual y reproductiva en grupos móviles y migrantes

René Leyva y Frida Quintino

Una década en la frontera sur: migraciones, salud y derechos

Durante las últimas dos décadas, 1990-2010, la dinámica y complejidad migratoria en la frontera sur de México ha cambiado sustantivamente. En los espacios de tránsito, los diferentes grupos móviles y migrantes y las organizaciones de la sociedad civil y gubernamentales especializadas en el tema migratorio y de salud han participado en un rápido proceso social que progresivamente se ha caracterizado por el contexto de violencia que actualmente vive México.

La migración y movilidad poblacional fronteriza pasó de ser analizado y comprendido como un fenómeno socio-demográfico que contribuía al desarrollo económico de las regiones y países de origen, tránsito y destino, a ser un movimiento de personas estrechamente vinculado a condiciones o factores relacionados con la "seguridad nacional". Los migrantes pasaron de ser percibidos como un grupo en condiciones de vulnerabilidad social[1] para los cuales se requería el desarrollo de políticas de protección social, a ser considerados nuevamente como un grupo social de "alto riesgo", generador de condiciones adversas para la vida de las personas en las comunidades de tránsito y destino.[2]

Esta percepción se encuentra condicionada por situaciones y políticas globales, pero también por la propia dinámica de inestabilidad e inseguridad a nivel local en la frontera sur de México. Los migrantes nuevamente son foco de interés en los medios de comunicación como causa o razón de la violencia, pero también como objeto de la misma,[3] cuya forma y magnitud extrema se hizo manifiesta con la muerte de setenta y dos migrantes el 24 de agosto de 2010 (Comisión Mexicana de Derechos Humanos).[4] Por otro lado, diferentes organizaciones de atención humanitaria y de promoción y defensoría de los derechos humanos de los migrantes han sido señaladas como espacios de protección de "ilegales o delincuentes", lo cual pone en riesgo su labor y la seguridad de sus integrantes.[5]

Ante esta situación, el gobierno del Estado de Chiapas promovió diferentes iniciativas de ley[6] y acciones específicas para promover y proteger los derechos humanos de migrantes en tránsito, los cuales constituyen sólo uno de los diferentes grupos móviles en la frontera sur de México. Se identificaron espacios de "alto riesgo" para los migrantes donde se brindó protección jurídico-legal a los afectados, pero también se ejercieron acciones de control policial contra diferentes bandas delictivas "especializadas" en migrantes.[7] La presencia de diferentes policías así como de militares en la frontera también ha generado diferentes interpretaciones y significados: para algunos es efecto, pero también, en ocasiones, causa de la situación de la inseguridad que se vive en México y en especial en la frontera sur.[8]

Los gobiernos de Centroamérica, especialmente de El Salvador, Honduras y Guatemala fortalecieron sus acciones de protección consular y buscaron alianzas con el gobierno del estado de Chiapas con el fin de reducir la situación de violencia que viven los migrantes.[9] En Tapachula fue inaugurada, con el apoyo del gobierno de Chiapas, una sede de representación multiconsular[10] cuyo propósito es fortalecer la integración regional para brindar una mejor asistencia y protección de los derechos de las personas migrantes. Simultáneamente, desde 1995 el Instituto Nacional de Migración (INAMI) impulsó una política para facilitar la documentación de ciudadanos guatemaltecos residentes en la zona fronteriza con México. Además, amplía el estatus de regulación migratoria laboral de los trabajadores agrícolas temporales con la instauración de la forma de trabajador fronterizo. Este cambio en la regulación amplió el espacio de movilidad pero también diversificó la posibilidad de los migrantes de insertarse en cualquier otro mercado laboral en la zona denominada de frontera. A la fecha, de acuerdo con los reportes publicados por el INAMI, se han entregado más de 7,500 formas migratorias de trabajador fronterizo (FMTF).[11-13]

En este marco, la Secretaría de Salud del Gobierno de Chiapas (SSA), a través de la Jurisdicción Sanitaria VII (JS VII) —unidad técnico-administrativo regional ubicada en Tapachula, Chiapas, con cobertura en 16 municipios fronterizos—, organizó un espacio especializado para el desarrollo de estrategias de "atención a la salud del migrante". Para ello, se retomó un conjunto de experiencias sistematizadas que se venían desarrollando desde 1999 con la colaboración del Programa Nacional de VIH, el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA/ITS (CENSIDA) (antes CONASIDA), la JS VII —a través de su Coordinación local de VIH (PVIH-JS) — y organizaciones de la sociedad civil como Casa del Migrante Albergue Belén (CM) y Una Mano Amiga en la Lucha contra el SIDA (UMA).

Esta iniciativa de colaboración basó su desarrollo en un Proyecto estratégico de investigación sobre migración y salud (con énfasis en prevención de VIH) en la frontera sur de México, llevado a cabo por un grupo de investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP).[1] Dicho proyecto ha sido sostenido durante más de diez años y ha generado vínculos estratégicos entre las diferentes instituciones gubernamentales de salud, migración derechos humanos y organizaciones sociales presentes en la frontera.

En este marco sociopolítico y de salud se inscribe y desarrolla la presente iniciativa de fortalecimiento de la capacidad de respuesta social a la salud de grupos móviles y migrantes en la frontera sur de México, con especial énfasis en la salud sexual y reproductiva, como parte de una estrategia de carácter regional en fronteras de diez países de América Latina, promovida por el Fondo de Población de la Naciones Unidas (UNFPA).

La cooperación técnica: espacio para fortalecer la capacidad de respuesta

El Proyecto se desarrolló a partir de un enfoque de cooperación y colaboración interinstitucional e inter-agencial con el propósito de contribuir a reducir la vulnerabilidad social como parte de una estrategia de equidad en salud. Para ello, se identificaron grupos que por su condición social están expuestos a riegos para su salud sexual y reproductiva, los cuales se asocian con su proceso de tránsito por el corredor fronterizo de Tapachula o con su tipo de inserción laboral, como trabajadores agrícolas y trabajadoras sexuales. Además se identificaron instituciones sociales o gubernamentales que brindan determinados servicios a estos grupos de población como una primera vía para la sostenibilidad de las estrategias, pero sobre todo como un espacio para el desarrollo de políticas públicas a nivel local con alta potencialidad para constituirse a nivel estatal, e incluso nacional. También se tomaron en cuenta la disponibilidad de recursos humanos capacitados y las prácticas efectivas disponibles en la frontera sur y a nivel nacional, como un medio para reducir los obstáculos de acceso y brindar servicios de salud con calidad en los diferentes niveles de atención, buscando generar igualdad de condiciones en la atención brindada a los usuarios nacionales y los diferentes grupos móviles y migrantes en la frontera sur de México.

Bajo estos principios, se aplicaron diferentes metodologías para el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de un modelo de atención integral a la salud sexual y reproductiva para migrantes, en las áreas de anticoncepción, embarazo, VIH/SIDA/ITS y violencia basada en género (VBG).

Las poblaciones móviles y migrantes así como sus necesidades de salud incluidas en el Proyecto, fueron definidas en función de información sistematizada desde el año 2001, a través de estudios específicos sobre movilidad poblacional y VIH[1,14] y proyectos de investigación-acción de carácter exploratorio que buscaban probar estrategias de intervención preventiva y de atención a los problemas de salud.[15-18] También sirvió de base la información sobre la atención médica brindada por los servicios públicos de salud tanto hospitalarios como de primer nivel en la zona fronteriza, especialmente los de la JS VII.

El modelo de atención a la salud de los migrantes se ha desarrollado en diferentes periodos o fases, que se han ido focalizando en poblaciones, instituciones participantes y acciones de salud, hasta alcanzar la forma que actualmente (2010) presenta. En su desarrollo se pueden considerar tres grandes periodos: En el primer periodo (1998-2000), de exploración y estudio, se realizaron investigaciones con diferentes grupos móviles (trabajadoras sexuales y transportistas)[19] en la frontera México-Guatemala, con un enfoque que buscaba generar información estratégica para la prevención del VIH en estos grupos de población. Sin embargo, los vínculos institucionales centro-locales no habían alcanzado el grado de desarrollo necesario para implementar suficientemente los hallazgos identificados. Los productos correspondieron a publicaciones científicas y técnicas internacionales y nacionales donde se hicieron presentes los resultados, pero que son apenas las primeras evidencias sobre el tema en la frontera México-Guatemala.

El segundo periodo (2000-2005) se caracterizó por la ampliación de los estudios al tema de migración y movilidad poblacional internacional y VIH en la frontera sur de México y de los países de Centroamérica. En esta fase los gobiernos y de organizaciones de la sociedad civil reconocen la necesidad de abordar el tema desde una perspectiva regional. Los procesos se desarrollan a partir de encuentros políticos de tomadores de decisiones relacionados con los temas de VIH y migración en los países, así como de una importante representación de la sociedad civil que en ese momento ya implementaba estrategias de atención humanitaria para responder a necesidades básicas, principalmente de migrantes en tránsito hacia Estados Unidos.[19]

Las Casas de Migrante en Tecún Umán, Guatemala y Tapachula, Chiapas, contaban con una amplia experiencia en la atención a este grupo de población. En Centroamérica, organizaciones sociales y académicas constituyeron el eje para generar y sistematizar la información en torno al tema.[14] A partir de entonces se obtuvo una valiosa y variada información sobre la movilidad poblacional y comenzaron a emerger diferentes iniciativas de carácter local y nacional con atención en la movilidad de las poblaciones como área de interés para el desarrollo de estrategias de prevención del VIH.[15]

El tema cobró relevancia y visibilidad entre los gobiernos de los países, y como parte de las estrategias de consolidación se elaboró una propuesta sobre el tema de movilidad poblacional y VIH en Centroamérica para el periodo 2005-2010, la cual fue financiada por el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la malaria y la tuberculosis,[20] y en la que finalmente se buscó armonizar la respuesta regional. El INSP de México participó en el diseño y la coordinación para la implementación del Proyecto cuyos resultados en materia de política regional han sido evaluados y presentados en diferentes foros nacionales e internacionales.[21-22]

Toda vez que México no era beneficiario de los fondos internacionales de cooperación, las actividades de investigación para la acción en salud pública desarrolladas por el INSP en colaboración con las organizaciones de salud del gobierno del estado de Chiapas y las organizaciones sociales en la frontera sur representaron la vía para continuar generando conocimiento y probando nuevas estrategias. El tema de VIH fue también el área de salud que permitió la movilización de recursos y la cohesión de intereses de las diferentes instituciones. Para entonces los resultados de las investigaciones evidenciaban ya las condiciones de vulnerabilidad social y riesgo relacionado con la transmisión del VIH como parte de la dinámica migratoria.

Dado que las necesidades de salud que se analizan y a las que se pretende responder son las de una población ubicada en una zona con las características geopolíticas propias de una frontera, se buscó fortalecer los vínculos entre las organizaciones de la sociedad civil e instituciones de salud de Guatemala y las de México. De esta forma, se constituyó una red funcional que permitió dinamizar la respuesta a nivel inter-fronterizo. Se establecieron compromisos de colaboración se establecieron para intercambiar y brindar capacitación técnica de información epidemiológica, así como referir a personas a otras instituciones de ambos países. La funcionalidad de la red se ha preservado, no por su formalización a través de convenios, sino por la necesidad de responder a las situaciones de salud que cotidianamente se presentan en la región fronteriza.

El Centro Nacional para la Prevención del SIDA (CENSIDA), el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) de México, la Fundación Ford y ONUSIDA representaron las principales instituciones que apoyaron financiera y técnicamente la continuidad de las actividades desde 2001 hasta 2008. Desde el INSP se dio continuidad al desarrollo de proyectos competitivos que buscaban probar la efectividad de las intervenciones basadas en formas de cooperación horizontal entre organizaciones de la sociedad civil y las instituciones gubernamentales.[15,18,20] Las estrategias se centraron en los migrantes en tránsito y las trabajadoras sexuales en el área de prevención y

atención de ITS y VIH. La promoción de los derechos humanos fue incorporada como el eje para la actuación de las instituciones. Los temas como la reducción del estigma y la discriminación, así como la garantía de acceso a servicios de salud,[23] fueron aspectos clave para la formulación de políticas de salud, en la cual participaron no sólo las instituciones de salud sino también otras como el INAMI y la Comisión Estatal de Derechos Humanos (CEDH), entre otras.

La colaboración entre organizaciones sociales, gubernamentales y académicas en torno al tema de migración y movilidad poblacional y salud, con especial énfasis en VIH, sostenida por más de una década en la frontera sur de México, generó resultados en materia de política pública. En 2007, el CENSIDA emitió un memorandum,[24] basado en mandatos constitucionales, en el que se reitera el derecho de los migrantes a servicios de salud, especialmente a pruebas de VIH y tratamiento antirretroviral (TARV).

Durante el proceso, en los servicios de salud, en las organizaciones académicas y en la sociedad civil se fue consolidando un grupo técnico que superó periodos sexenales de cambio gubernamental, los cambios de gobiernos estatales en Chiapas, en las administraciones municipales y de los servicios de salud de Chiapas, así como a nivel local, en la JS VII de la frontera sur. En la actualidad este grupo se ha ampliado en número, diversificado en disciplinas y áreas de conocimiento, y especializado a nivel científico-técnico, aprovechando la oferta académica local y a nivel nacional e internacional.

Este largo proceso ha permitido contar con el modelo de atención a la salud sexual y reproductiva para grupos móviles y migrantes en la frontera sur de México, el cual a partir del 2009 ha contado con el apoyo del UNFPA y ha incorporado temas sensibles de alta relevancia epidemiológica y social (violencia sexual, embarazo y anticoncepción), atendidos en un marco de promoción y defensa de los derechos humanos, como se muestra en diferentes capítulos de este trabajo. Asimismo, se ha ampliado a otras poblaciones móviles como a trabajadores agrícolas temporales, procedentes en su mayoría de Guatemala y que se incorporan a la producción de banano y café en numerosas fincas ubicadas en la región del Soconusco, Chiapas.

El tema de promoción y defensa de los humanos se ha consolidado con apoyo de la Fundación Ford y ha hecho posible redimensionar el abordaje en un marco de monitoreo ciudadano. Para 2011 se ha escalado el número y tipo de organizaciones sociales y gubernamentales interesadas en el tema de migración en la frontera sur de México. Su vinculación con salud representa nuevamente uno de los retos organizacionales que se requiere tomar en cuenta para el fortalecimiento del modelo de atención a la salud.

La migración y la salud sexual y reproductiva: evidencias en la frontera sur

El trabajo desarrollado comprende diferentes áreas de conocimiento y experiencias en grupos vulnerables, donde los aspectos locales culturales, económicos, políticos, de seguridad, entre otros, se tornan en factores que pueden contribuir a comprender cómo se generan los riesgos y daños a la salud, pero también a determinar el alcance de las intervenciones de las acciones gubernamentales y sociales en salud. Al mismo tiempo, ofrece espacios de oportunidad para el diseño de estrategias de incorporación de diferentes actores clave que contribuyen a fortalecer la red funcional local y a formular e implementar políticas que modifican las interacciones sociales a favor de los derechos de los migrantes y otros grupos móviles en la frontera sur.

En este sentido, el segundo capítulo del libro analiza el contexto social del corredor fronterizo de Soconusco, Chiapas que corresponde al espacio geopolítico y social donde se ha desarrollado el Proyecto. Se presenta de forma sintética un marco general de experiencias en investigación sobre migración y salud en la frontera sur que sirve para comprender el proceso que se siguió en el desarrollo del modelo de promoción y atención de la salud sexual y reproductiva en poblaciones móviles y migrantes, objeto central de este libro.

El diseño metodológico y los componentes del modelo operativo se presentan en el Capítulo III. El modelo se basa en una estrategia de cooperación técnica horizontal, sur-sur, que busca incrementar la capacidad y la calidad de la respuesta local e inter-fronteriza a través de la capacitación para la respuesta institucional (social y gubernamental) y la provisión de servicios de atención con calidad. Como parte del modelo se ha diseñado un sistema para la generación de información estratégica que se utiliza para la toma de decisiones a nivel local, pero que sobre todo ha servido de insumo para la formulación e implementación de políticas de salud para responder a las situaciones que viven los diferentes grupos móviles y migrantes.

Los siguientes capítulos presentan evidencias científicas sobre diferentes procesos que muestran la funcionalidad (obstáculos, alcances, perspectivas) del modelo en diferentes poblaciones y ante situaciones específicas.

Como parte del proceso de fortalecimiento de la política de salud fronteriza, el Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH), ha puesto en marcha diversas acciones para promover la atención de la salud del migrante. En el Capítulo IV se analiza la respuesta de los servicios gubernamentales de salud que han participado en el desarrollo de estrategias orientadas a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las poblaciones mi-

grantes en la frontera México-Guatemala. Particularmente, se caracterizan las acciones en salud desarrolladas por la Jurisdicción Sanitaria VII-Tapachula (JS VII), instancia técnico-administrativa con posición estratégica para el desarrollo del "Modelo de promoción de la salud sexual y reproductiva en población migrante, 2009-2011".

La colaboración entre el INSP y la JS-VII, ha permitido identificar necesidades y riesgos en la población fronteriza y migrante, así como desarrollar acciones de alta efectividad que facilitan el acceso a servicios de anticoncepción, atención del embarazo y el parto, prevención de ITS y VIH, así como la difusión de información para la prevención de la violencia sexual y en su caso la atención oportuna y adecuada de sus consecuencias.

En el Capítulo V se describe la funcionalidad de la colaboración establecida entre la CM de Tapachula y los servicios de VIH y salud sexual y reproductiva de la JS VII. En estos espacios se ha evidenciado que las relaciones sexuales en condiciones de desigualdad (desde sexo transaccional hasta violencia sexual) se constituyen en factores de riesgo de transmisión del VIH y otras ITS y de embarazo no deseado, entre otros problemas de carácter psicosocial y jurídico-legal. Asegurar el acceso a servicios oportunos y de calidad (acciones humanitarias y de promoción de derechos humanos que proporciona la Casa del Migrante) puede marcar la diferencia para la prevención riesgos sociales relacionados con las condiciones migratorias que tienen efectos negativos en salud. La información generada por la Casa es pionera en su tipo y ha servido como referente nacional e internacional para la promoción y defensa de los derechos humanos de los migrantes. Al mismo tiempo, la Casa se ha constituido en un espacio para la cooperación internacional cuya experiencia se ha replicado por otras organizaciones de la sociedad civil en diferentes contextos de América Latina. Desde diciembre del 2010, el gobierno federal realizó una reforma a la Ley General de Población en la cual se garantiza el acceso a los servicios de salud a los migrantes independientemente de su situación migratoria. La operacionalización de esta reforma será uno de los ejes de mayor relevancia de las estrategias desarrolladas por el Proyecto, para generar un procedimiento de acceso a cobertura del sistema de protección social en salud vigente en México.

Este Proyecto también ha permitido desarrollar estrategias de promoción de la salud sexual y reproductiva entre las trabajadoras sexuales (Capítulo VI), quienes representan un grupo especialmente vulnerable en la frontera sur. En su mayoría este grupo está integrado por mujeres procedentes de diferentes países de Centroamérica y otros. La inserción al trabajo sexual ha

cambiado en los últimos 20 años, y el control del mercado laboral se vincula a redes delictivas de forma progresiva. En estos contextos las trabajadoras sexuales concentran diferentes elementos socioculturales y jurídico-legales que reducen su capacidad de respuesta para el manejo de los diferentes riesgos a su salud e integridad: son mujeres, indocumentadas, vinculadas a un trabajo que por su propia naturaleza las expone a situaciones de riesgo de transmisión de VIH y otras ITS, en un marco de consumo de alcohol y drogas ilícitas. Además, la propia dinámica del trabajo las constituye en un grupo móvil que les dificulta la creación o consolidación de redes sociales de apoyo. Al mismo tiempo, debido a su inserción en el mercado laboral de la frontera, la mayoría de sus clientes son también personas de otros grupos móviles, como transportistas (traileros), soldados, comerciantes, entre otros, lo cual también podría representar un factor que incremente la probabilidad de trasmisión de ITS. La información generada por el Proyecto se compartió con la organización social UMA, con amplia experiencia en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos en la frontera. Se aplicaron procedimientos cualitativos y cuantitativos (mapeo, etnografía, entrevistas en profundidad, encuestas) que por su tipo pueden ser de alta utilidad en otros contextos y que enriquecen la comprensión de los procesos sociales del trabajo sexual vinculados a las condiciones de salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Tradicionalmente, los municipios eran los responsables de brindar a las trabajadoras sexuales servicios de atención médica para el diagnóstico y tratamiento oportuno de ITS como parte de un sistema de control. Estos procedimientos para generar información estratégica han permitido proponer el diseño e implementación de un sistema de atención integral a la salud de la mujer en trabajo sexual y no sólo a las ITS y VIH, como parte de una política de salud municipal. Hasta el 2010, el trabajo sexual se encontraba regulado por los Bandos de Buen Gobierno Municipal, los cuales contribuían a la segregación y estigmatización de las trabajadoras sexuales, criminalizando el ejercicio del trabajo sexual. Como parte del proceso de respuesta social para contribuir a reducir la vulnerabilidad social de las trabajadoras sexuales, en el Capítulo VII se presenta la experiencia de reformulación del Reglamento de Sanidad Municipal como un medio que busca garantizar la exigibilidad del cumplimiento del derecho. La reforma lograda no es fruto de un ejercicio formal de carácter legal para mejorar las formas y contenidos de las normas sino que se deriva de una demanda social de respeto a los derechos de la diversidad sexual y a los derechos humanos presentada ante la CEDH por la organización social UMA. Ante esta demanda, se conformó un grupo de trabajo con participación de diferentes instituciones gubernamentales municipales, estatales y federales.

Este grupo contó con el apoyo de un despacho jurídico-legal (MEDILEX) con amplia experiencia en la promoción, defensoría y formulación de leyes relacionadas con salud sexual y reproductiva que han permitido contar con marcos jurídicos protectores de los derechos humanos. Esta reforma ocurrió en el municipio de Tapachula, Chiapas; sin embargo, debido a su importancia social, la Jurisdicción Sanitaria promoverá su adopción como ley en los 16 municipios bajo su responsabilidad. Además tiene potencialidad de ser escalada a nivel estatal y constituirse en referente para otros estados del país. El proceso local y su impacto a nivel nacional es parte de la experiencia exitosa de la PVIH-JS a nivel nacional.

En el Capítulo VIII se presenta la situación de salud sexual y reproductiva de los trabajadores agrícolas migrantes, así como las estrategias que se han seguido para facilitar el acceso a los servicios de atención médica. La migración laboral de ciudadanos guatemaltecos a la región del Soconusco y otras regiones de la frontera sur de México representa uno de los ejes de mayor trascendencia por su contribución al desarrollo económico y social local y regional. Durante la década de ochenta, estos trabajadores tuvieron acceso a los servicios médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a través de un convenio entre los unión de propietarios de fincas cafetaleras. Sin embargo, las relaciones entre productores de café y el IMSS se rompieron debido a diversas situaciones, entre ellas, el mal uso (comercialización) de los “pases” de atención médica para migrantes.

La complejidad de la situación actual requiere del desarrollo de procesos de diálogo político con participación multisectorial, donde se observa una escasa representación de los intereses de los trabajadores agrícolas migrantes. La disponibilidad de nuevos instrumentos jurídico-legales relacionados con la regulación del trabajo agrícola, el incremento de los trabajadores migrantes que se incorporan en las fincas de forma documentada y las nuevas regulaciones del mercado internacional del café conforman un escenario en el que la convergencia de determinados intereses podrían facilitar el desarrollo de políticas de protección social a los trabajadores migrantes agrícolas. El aseguramiento de los trabajadores agrícolas migrantes a través del sistema de protección social en salud en México podría representar una muestra del interés de los empleadores y del gobierno de México para promover el respeto de los derechos de los migrantes y de la adherencia a políticas internacionales sobre migración, trabajo y salud.

Finalmente, en el Capítulo IX se presentan escenarios de mediano plazo para el fortalecimiento del sistema de salud de la frontera sur de México, y los retos y las capacidades mostradas para el desarrollo e implementación de po-

líticas de equidad en salud, a partir de estrategias de cooperación técnica. La acción social desarrollada en la frontera sur de México, expresada en diferentes formas de colaboración entre organizaciones sociales y gubernamentales para reducir la vulnerabilidad social en salud constituye una de las evidencias más relevantes que ha contribuido a la formulación e implementación de políticas sociales en salud con impacto nacional. Estas políticas se han constituido en referentes internacionales para organización de servicios de salud en las fronteras. La colaboración entre académicos y proveedores de servicios de salud y de atención a migrantes tanto de organizaciones sociales como gubernamentales, con el apoyo de agencias de cooperación internacional, ha hecho posible contar con una experiencia de política de salud fronteriza centrada en los grupos móviles y migrantes con una alta vulnerabilidad social.

Referencias

1. Bronfman M, Leyva R, Negroni M. Movilidad poblacional y VIH/SIDA, contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2004.
2. Recluta migrantes crimen organizado. Periódico a.m. Celaya [serie en internet] 2010 [consultado 2011 febrero 19]; [aprox.2 pp]. Disponible en: http://www.am.com.mx/Nota.aspx?ID=392836.
3. Violencia contra migrantes y debilidad del estado. La Jornada [serie en internet] 2010 [consultado 2011 febrero 19]; [aprox. 1 pp]. Disponible en: http://www.jornada.unam.mx/2010/08/28/index.php?section=edito.
4. Investiga CNDH por migrantes asesinados en Tamaulipas. Excélsior [serie en internet] 2010 [consultado 2011 febrero 19]; [aprox. 1 pp]. Disponible en: http://www.nuevoexcelsior.com.mx/index.php?m=nota&id_nota=654108.
5. Rigoni F M. El norte se vuelve sur: 30 años de presencia scalabriniana en México. Tijuana: Editorial A.M.A.C. Impresos S.A de C.V., 2010:48.
Presenta el diputado Juan Carlos López Fernández iniciativa de ley para la protección y apoyo a los migrantes y sus familias. NSS Chiapas [serie en internet] 2011 [consultado 2011 febrero 19]; [aprox.1 pp].
6. Disponible en: http://www.nsschiapas.com/politica/1-local/8362-presenta-el-diputado-juan-carlos-lopez-fernandez-iniciativa-de-ley-para-la-proteccion-y-apoyo-a-los-.
7. México reitera lucha contra bandas que secuestran migrantes. El Universal [serie en internet] 2010 [consultado 11 febrero 19]; [aprox. 1 pp].

Disponible en: http://www.eluniversal.com/2010/12/29/int_ava_mexico-reitera-lucha_29A4909611.shtml.
8. Descartan riesgos para México por la frontera sur. El Mexicano [serie en internet] 2011 [consultado 2011 febrero 19]; [aprox. 1pp] disponible en: http://www.oem.com.mx/elmexicano/notas/n1960711.htm.
9. Sánchez R. La atención a migrantes, una prioridad del gobierno de Chiapas. La Jornada [serie en internet] 2008 [consultado: 20 febrero 2011]; [aprox.1 pp]. Disponible en: http://www.jornada.unam.mx/2008/03/14/index.php?section=sociedad&article=047n2soc.
10. Ministerio de Relaciones Exteriores de El Salvador [sitio de internet]. Ciudad Merliot: MREES; © 2011 [actualizado 2010 oct 16; consultado 2011 feb 20]. MREESEl Salvador inaugura edificio consular integrado en Tapachula: [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: http://www.rree.gob.sv/index.php?option=com_k2&view=item&id=1010:el-salvador-inaugura-edificio-consular-integrado-en-tapachula&Itemid=77.
11. Instituto Nacional de Migración [sitio de internet]. Ciudad de México: INM; ©
2010 [actualizado 2011 mar 22; consultado 2011 abr 3]. INM Registro y control migratorio por mes enero – diciembre 2008: [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: http://www.inami.gob.mx/estadisticas/2008/01/cuadro1.2.xls.
12. Instituto Nacional de Migración [sitio de internet]. Ciudad de México: INM; ©
2010 [actualizado 2011 mar 22; consultado 2011 abr 3]. INM Trámites seleccionados para la legal estancia en México, 2009: [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: http://www.inami.gob.mx/estadisticas/2009/01/cuadro2.1.xls.
13. Instituto Nacional de Migración [sitio de internet]. Ciudad de México: INM; ©
2010 [actualizado 2011 ene 3; consultado 2011 abr 3]. INM México documentó a más de 26 mil trabajadores fronterizos: [aprox. 1 pantalla]. Disponible en:http://www.inm.gob.mx/index.php/blog/show/M%C3%A9xico-document%C3%B3-a-m%C3%A1s-de-26-mil-trabajadores-fronterizos.html.
14. Leyva R, Caballero M, Bronfman M. Respuesta social ante la movilidad poblacional y el VIH/SIDA: experiencias en Centroamérica y México. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
15. Iniciativa mesoamericana para la prevención del VIH/SIDA. Diseño, implementación y evaluación de un sistema de atención integral de

VIH/SIDA en poblaciones móviles que confluyen en la región de la frontera México-Guatemala. Instituto Nacional de Salud Pública. En prensa.

16. Leyva R, Quintino F, Infante C, Rigoni F. Informe técnico final modelo de prevención del VIH/SIDA/ITS para población migrante en la frontera México-Guatemala. Instituto Nacional de Salud Pública. En prensa.

17. Leyva R, Quintino F, Infante C.Informe técnico final Promoción de los Derechos de Jóvenes y Mujeres Migrantes en Áreas Vulnerables de la Frontera México-Guatemala: Prevención y Atención de la Salud Sexual y Reproductiva. Instituto Nacional de Salud Pública y Fondo de Población de las Naciones Unidas. En prensa.

18. Leyva R, Quintino F, Gómez N. Informe técnico final promoción de los derechos de jóvenes y mujeres migrantes en áreas vulnerables de la frontera México-Guatemala: prevención y atención de la salud sexual y reproductiva. Instituto Nacional de Salud Pública y Fondo de Población de las Naciones Unidas. En prensa.

19. Bronfman M, Segenovich G, Uribe P. Migración y SIDA en México y América Central: una revisión de la literatura. Ciudad de México: Consejo Nacional para Prevención y Control del SIDA, 1998.

20. Leyva R. Proyecto mesoamericano de atención integral al VIH en poblaciones móviles de Centroamérica. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2009.

21. Leyva R, Quintino F, Edelman D, Rigoni F, Gómez N. Un modelo integral de atención de VIH/SIDA para las poblaciones móviles en la frontera México-Guatemala. En: Magis C, Taracena R, eds. Presencia de México en la XVII conferencia internacional sobre SIDA 6 al 8 de agosto de 2008 Ciudad de México. Ciudad de México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA, 2008:205-206.

22. Quintino F, Leyva R, Edelman D, Rigoni F, Gómez N. Vivir con VIH/SIDA en la frontera México-Guatemala: migrantes indocumentados que viven con SIDA y su perspectiva sobre el sistema de salud. En: Magis C, Taracena R, eds. Presencia de México en la XVII conferencia internacional sobre SIDA 6 al 8 de agosto de 2008 Ciudad de México. Ciudad de México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA, 2008:207-208.

23. Quintino F. Vivir con VIH/SIDA en la frontera: experiencias del padecimiento en el contexto de la migración internacional (tesis). Ciudad de México (DF): Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 2006.

24. CENSIDA. Seguimiento a las Conclusiones de Reunión. Memorándum DG/DIO/1021/07. México: Centro Nacional para la prevención y el control del VIH/SIDA ,2007.

Capítulo II.
El contexto: salud y migración en la frontera México-Guatemala

Frida Quintino, René Leyva, Mónica Cerón, Elvia Guzmán

Introducción

El Proyecto sobre migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México (SSR), se desarrolló en localidades ubicadas en la región fronteriza de Soconusco, Chiapas, frontera con el Departamento de San Marcos, Guatemala. Las estrategias diseñadas se focalizaron en grupos móviles y migrantes que presentan condiciones de vulnerabilidad social en salud y que están integrados por trabajadores y trabajadoras agrícolas migrantes (TAM), migrantes indocumentados en tránsito hacia los Estados Unidos (MT) y trabajadoras sexuales migrantes (TSM).

En este capítulo se presentan las condiciones socio-demográficas y de salud de la región fronteriza del Soconusco que constituyen el sustrato en el cual interactúan los migrantes con la población residente y que definen los procesos relacionados con la exposición y manejo de riesgos en salud, la accesibilidad a los servicios, así como otros fenómenos sociales que caracterizan la dinámica social en la región.

Contexto socio-demográfico

La frontera entre Chiapas, México y los departamentos de San Marcos, Huehuetenango y Quiché, Guatemala, se extiende a lo largo de 658.5 km, y representa el 54% de la extensión total de la frontera sur de México. La región del Soconusco se ubica en la parte septentrional de Chiapas, tiene una extensión de 74,415 km; limita al norte con la Sierra Madre, por el sur con el Océano Pacífico, al este con la República de Guatemala y al oeste con Tonalá, Chiapas. Consta de dieciséis municipios, de los cuales, siete son fronterizos: Cacahoatán, Unión Juárez, Tuxtla Chico, Metapa, Frontera Hidalgo, Suchiate y Tapachula (Figura 2.1.).

Figura 2.1.
Principales puntos de cruce migratorio en la frontera sur de México



Fuente: Centro de Estudios Migratorios, Instituto Nacional de Migración, 2009.

El Soconusco abarca seis mil kilómetros de tierras fértiles y ha sido la región más dinámica en cuanto al crecimiento económico vinculado a la producción primaria, en particular por la exportación de productos agrícolas como el café, cacao, plátano, papaya, mango y soya.[1] Con ello, aporta alrededor del 30% del PIB estatal, lo que representa el segundo lugar de importancia económica en la entidad sólo después de la Región Centro de Chiapas. A pesar de su riqueza de recursos naturales y de servicios, amplios sectores de su población rural viven en condición de pobreza y alta marginalidad.[2]

La región cuenta con una importante infraestructura carretera, concentra la mayor densidad de población de la frontera, y constituye un punto geoestratégico de tránsito entre México y Centroamérica.[3] En su territorio convergen transportistas, visitantes fronterizos, comerciantes, trabajadores agrícolas, trabajadoras domésticas, trabajadoras sexuales y transmigrantes, entre otros.[4,5]

En el Soconusco, se ubica Tapachula, ciudad que por su actividad comercial y dinámica demográfica, es considerada como el centro urbano de mayor importancia después de Tuxtla, ciudad capital del Estado de Chiapas. De

acuerdo con el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), la población total del municipio de Tapachula es de 320,451 habitantes (de los que 48% son hombres y 52% mujeres); esta cifra representa alrededor del 42% del total regional.[6] La dinámica social y económica de esta ciudad también se encuentra determinada por el contexto fronterizo y concentra la mayor parte de los servicios gubernamentales y sociales y económicos disponibles en región.[7]

Tapachula representa un enclave de desarrollo que muestra las importantes desigualdades estructurales, principalmente de carácter económico, pero también la convergencia de diferentes culturas que enriquecen el desarrollo de la región. En Tapachula se reúnen y dialogan diferentes grupos étnicos mayas (kanjobales, man, quiché, tojolabales, entre otros), grupos culturales de la zona costera y de la montaña, pero también grupos procedentes de diferentes partes del mundo: alemanes (principales propietarios de fincas de café), libaneses y originarios de diferentes países orientales, identificados todos como "chinos", representan a los grupos de comerciantes en la ciudad. Esta riqueza cultural se ha complejizado debido a la creciente dinámica de movilidad y migración de tránsito de ciudadanos de más de 56 países del mundo. En este contexto social se desarrolló el Proyecto sobre migración y salud sexual y reproductiva con una importante participación de organizaciones de la sociedad civil y gubernamentales.

La dinámica migratoria en la región de Soconusco

La región fronteriza de Soconusco constituye un contexto geográfico, socioeconómico y cultural complejo. Se trata de un ámbito con una fisonomía propia, con rasgos de identidad particulares, y cuya singularidad reside en su doble papel de línea de separación y continuidad entre las poblaciones que se ubican a uno y otro lado de los límites internacionales.[8,9] El corredor fronterizo de Soconusco presenta la mayor movilidad poblacional de toda la región fronteriza México-Guatemala.[10] Entre 2002 y 2010, este territorio concentró el 79.4% de las entradas de extranjeros por vía terrestre reportadas en la frontera chiapaneca (Cuadro 2.1.): Talismán (66%) y Ciudad Hidalgo (34%) fueron los principales puntos de ingreso.[11]

Cuadro 2.1.
Entrada a México de extranjeros por vía terrestre, con punto de internación en la región del Soconusco, 2002-2010

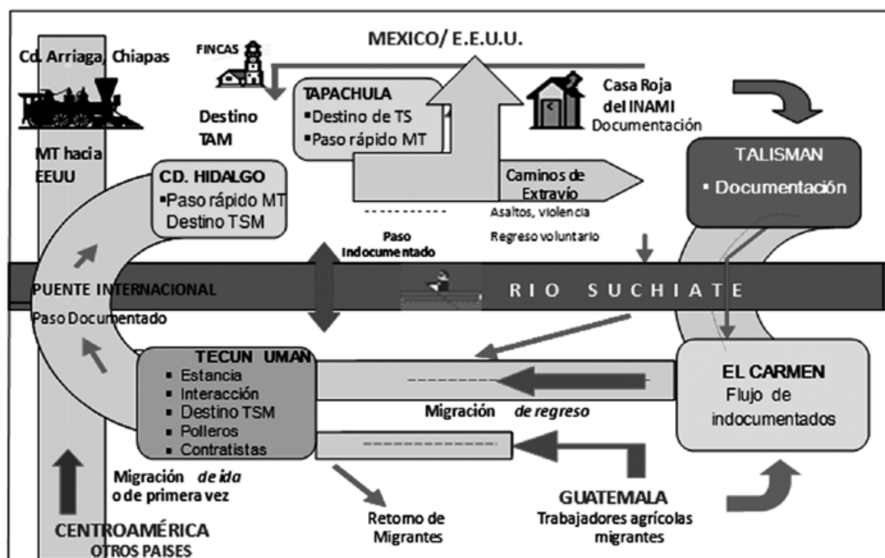
Año	Talismán	Cd. Hidalgo	Unión Juárez	Total	% Total estatal
2002	596,736	422,787	11,072	1,030,595	85.9
2003	496,575	377,125	11,393	885,093	83.5
2004	486,240	189,906	6,841	682,987	78.9
2005	379,559	183,106	9,110	571,775	76.3
2006	308,978	127,487	6,992	443,457	72.9
2007	281,681	140,789	3,897	426,367	68.3
2008	306,430	193,404	74	499,908	70.1
2009	397,897	178,524	6,037	582,458	74.1
2010	790,273	251,785	455	1,042,513	90.2
Total	**4,044,369**	**2,064,913**	**55,871**	**6,165,153**	**79.4**

Fuente: Elaboración propia con base en las estadísticas migratorias publicadas por el INM, 2002-2010.

En las últimas décadas la dinámica de movilidad poblacional en la frontera sur ha cambiado significativamente, mostrando diferencias que se expresan en el incremento del volumen de los flujos migratorios. Asimismo ha variado su composición según género y edad, sus propósitos, rutas y tiempo de estancia en las localidades chiapanecas.[12,13] En esta región han destacado los históricos desplazamientos estacionales de TAM, y más recientemente se ha registrado la incorporación de trabajadores migrantes en actividades terciarias que desarrollan en los centros urbanos, así como migrantes en tránsito con la intención de llegar a los Estados Unidos (Figura 2.2.).[14]

Respecto a la relación entre migración y salud, una revisión bibliográfica de estudios previos que se realizó en la etapa inicial del Proyecto permitió sistematizar experiencias previas de investigación-acción que han abordado el tema de la movilidad poblacional y el VIH, y que contribuyeron a generar evidencia sobre las condiciones de vulnerabilidad asociadas a la prevención y transmisión de la epidemia. Estas condiciones, aunadas a la desigualdad de género, aumentan la exposición a riesgos relacionados con la transmisión y reducen su capacidad de manejo y respuesta a los mismos a lo largo del proceso migratorio.[4,12,15,16] La revisión de la evidencia también mostró que era limitada la información estratégica sobre otras necesidades de SSR (embarazo, anticoncepción, violencia sexual) de las poblaciones móviles y migrantes en la frontera México-Guatemala.

Figura 2.2.
Dinámica del movimiento poblacional inter-fronterizo:
México-Guatemala 2011



Fuente: Leyva R. Quintino F. Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México, 2011. Actualización 2011 Mario Bronfman, René Leyva, Mirka Negroni. Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Editores. INSP. 2004.

En estas condiciones, el Proyecto apoyado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) representó una nueva oportunidad para ampliar no sólo la extensión territorial de las iniciativas previas sino también su extensión en áreas temáticas y grupos de población que no habían sido considerados como foco de atención de las previas acciones en salud en la frontera. A continuación se describen algunas características generales de los grupos de población meta del proyecto.

Trabajadores agrícolas migrantes (TAM)

Los TAM cuentan con importantes antecedentes históricos de migración laboral relacionados con la producción del café, plátano y caña de azúcar en diferentes ejidos y fincas ubicadas en la región del Soconusco. Según el Instituto Nacional de Migración (INAMI), entre 1999 y 2009 ingresaron 46 mil trabajadores agrícolas temporales. La información disponible indica que este grupo proviene de regiones rurales que presentan los mayores índices de pobreza y marginalidad de Guatemala (departamentos de San Marcos y Huehuetenan-

go).[17] Estos trabajadores (83.3%) ingresan a territorio mexicano a través de los pases locales obtenidos en los principales puestos fronterizos del INAMI o mediante las formas migratorias que son tramitadas por sus empleadores.[18,19]

Los datos de la Encuesta sobre Migración en la frontera Guatemala-México (EMIF-GUAMEX) señalan que la edad de los TAM oscila entre los 15 y los 44 años y que más de la mitad de ellos (60%) son casado(a)s o unido(a)s. Respecto a la escolaridad, 42.1% contaba con la primaria incompleta, 20% no había acudido a la escuela y alrededor del 20% era analfabeta. Sólo 5% contesta que habla alguna lengua indígena; la lengua mam fue la más frecuentemente reportada.[20]

Los TAM constituyen una población de adultos jóvenes, con una mediana de edad de 26.5 años, y en su mayoría hombres (76.4%).[21] No obstante, se ha indicado un importante subregistro del número de mujeres y menores que se incorporan al trabajo agrícola, quienes cubren la misma jornada y realizan la misma labor que los hombres; este subregistro obedece a que que, si bien las mujeres y niños forman parte del grupo familiar migrante, no están registrados como trabajadores.[18,19] En el 2004, la población femenina representó sólo el 18.2% del grupo de trabajadores agrícolas registrados que ingresaron a la frontera sur de México, cifra que ascendió a 23.6% en el 2005.[20]

Los estudios con TAM centrados en la temática del VIH/ITS han mostrado que cuentan con información y medios escasos para la prevención de estas infecciones, y se ha evidenciado entre ellos un bajo uso del condón.[22] En este contexto, resultaba imprescindible avanzar en el conocimiento sobre sus condiciones de salud y documentar las necesidades y problemas relacionados con otros aspectos de su SSR, así como la respuesta a sus necesidades.

Migrantes en tránsito (MT)

Durante más de dos décadas, el Soconusco fue la región donde se estimaba que ocurría el mayor número de eventos relacionados el tránsito de migrantes; sin embargo, desde el 2005, la información disponible muestra una tendencia a la baja, relacionada con factores de diferente orden, entre los que se incluyen los fenómenos medioambientales que destruyeron las vías del tren, principal medio de trasporte en la ruta migratoria; el reforzamiento de medidas de seguridad fronteriza, y el contexto de violencia que se vive en México.

La mayor parte de los MT reportan que provienen de Guatemala, Honduras, El Salvador y Nicaragua. Diferentes estudios han identificado que dicha población se encuentra constituida por jóvenes con una edad promedio de 27 años, los cuales con frecuencia presentan una escolaridad variable que incluye

a profesionistas, personas con instrucción básica incompleta, hasta personas que no saben leer ni escribir.[5] En su lugar de origen, los MT han desempeñado diversos oficios: fueron empleado(a)s en el sector servicios o han ofertado su mano de obra en las maquiladoras.[22]

Las condiciones en las que se lleva a cabo el tránsito migratorio por la frontera México-Guatemala, coloca a los migrantes en una situación en la que tienen una alta probabilidad de ser afectados por diferentes formas de violencia, las cuales representan una amenaza a su vida, integridad y salud. Entre los eventos de riesgo registrados durante su paso por esta ruta se encuentran los homicidios, secuestros, asaltos, violaciones sexuales, robo y –en su momento– la pérdida de miembros debido a las caídas del tren.[23, 24]

La violencia sexual y el sexo transaccional también son fenómenos frecuentes, aunque hay un importante subregistro de estos eventos debido a que se asocian con problemas de carácter judicial más que de salud y a que los migrantes perciben a las áreas de impartición de justicia como áreas inseguras a causa del riesgo de ser deportados. La violación sexual así como las diferentes formas de sexo transaccional aumentan la probabilidad de embarazos no deseados y a la transmisión de infecciones por el VIH y otras ITS. Se requiere contar con estrategias rápidas de atención a estos problemas y considerarlos como casos de urgencia médica con el fin de estar en condiciones de mitigar el daño y sus consecuencias posteriores en materia de salud.[9]

Las experiencias de investigación-acción que se han desarrollado por más de una década en la región fronteriza han permitido contar con un modelo de prevención integral del VIH para MT usuarios de la Casa del Migrante en Tapachula. No obstante, dados los nuevos riesgos identificados, se requiere profundizar en el conocimiento y fortalecer la provisión de servicios para atender otros aspectos de la SSR, entre ellos la prevención y atención de la violencia sexual, así como la anticoncepción regular y de emergencia, los cuales fueron incorporados como parte de las estrategias del Proyecto.[22]

Trabajadoras sexuales migrantes (TSM)

Las localidades fronterizas no sólo se caracterizan por registrar una importante movilidad poblacional sino también por la oferta de trabajo sexual, que forma parte de los servicios que caracterizan la dinámica social de la frontera.

En la región del Soconusco, la mayor parte de las TSM provienen de Guatemala y Honduras y, en menor medida, de El Salvador, Nicaragua, Cuba, Colombia y México, y su edad oscila entre los 18 y 33 años.[5,25] El tema de la trata de personas en trabajo sexual, incluyendo la incorporación de menores

de edad, es un aspecto que debe ser analizado en un marco diferente del de trabajo sexual, con el fin de evitar la criminalización, que conduce a trabajo sexual clandestino con consecuencias negativas en salud pública.[25,26]

Los estudios muestran que las TSM de forma cotidiana enfrentan situaciones de violencia, estigma y una triple discriminación al ser percibidas como mujeres, migrantes y trabajadoras sexuales. Su ambiente laboral se caracteriza por un salario bajo y un elevado consumo de alcohol y drogas en condiciones de desprotección social.[5] En su conjunto, estos factores las sitúan como uno de los grupos de mayor vulnerabilidad y riesgo de problemas de salud, incluidas la infección por el VIH y otras ITS.[22,28]

Sobre el tema de VIH/ITS que enfrentan las TS se cuenta con suficiente información derivada de investigaciones previas; sin embargo, al inicio de este Proyecto aún era muy limitada la información sobre el uso de anticonceptivos, el comportamiento reproductivo, la salud materna y otras necesidades de SSR de las TS. Por ello, estos temas fueron explorados como parte del sistema de información sobre migración y salud desarrollado por la presente iniciativa, con el fin de estar en condiciones de proponer una estrategia de atención integral a sus necesidades de salud.

Capacidad instalada para la atención de la SSR de la población migrante

En una revisión bibliográfica realizada por Castillo[14] se muestra que en la frontera México-Guatemala existen algunos avances en la oferta de atención a las necesidades de salud de los migrantes, tanto de instituciones gubernamentales encargadas de la regulación de los flujos migratorios como de otras organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil.

De acuerdo con el Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH), se dispone de casi mil unidades de atención médica (900 centros de salud rurales y urbanos, así como unidades de apoyo; 51 unidades móviles y 26 hospitales), para brindar servicios de salud a la población. En la región de Soconusco se concentra alrededor del 14% de los servicios públicos (103 unidades) disponibles en el Estado.[27] El 51% de estas unidades son área de responsabilidad del Programa IMSS-Oportunidades, el 46% queda a cargo de la Secretaría de Salud (SSA), y el resto, a cargo del Instituto de Seguridad Social para Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría de Marina (SEMAR) y el Instituto mexicano del Seguro Social (IMSS).[28]

La disponibilidad de servicios hospitalarios se concentra en la Ciudad de Tapachula. Éstos incluyen tres hospitales operados por el sistema de segu-

ridad social (IMSS, ISSSTE y SEMAR), tres hospitales para población sin seguridad social (dos de la SSA y uno de la Cruz Roja) y 10 clínicas y sanatorios a cargo de los servicios médicos privados.[27]

En Chiapas, el acceso a los establecimientos, bienes y servicios básicos muestra importantes inequidades, a pesar de las importantes reformas jurídico-legales realizadas en los últimos cinco años por el gobierno del Estado de Chiapas. En el caso de las poblaciones móviles y migrantes, la condición migratoria indocumentada influye de forma determinante en las condiciones de acceso y uso de servicios de salud en el sistema público.[29]

La infraestructura estatal en salud destinada a la población sin seguridad social opera a través de la SSA y se encuentra regionalizada administrativamente en 10 jurisdicciones sanitarias: Tuxtla Gutiérrez, San Cristóbal de las Casas, Comitán, Villaflores, Pichucalco, Palenque, Tonalá, Oconsingo y Motozintla y Tapachula.[27] En términos jurídico-legales, la población migrante tiene derecho a utilizar los servicios disponibles de la SSA en cualquiera de las jurisdicciones sanitarias; sin embargo, ha sido la Jurisdicción VII de Tapachula (JS VII) donde se han desarrollado políticas específicas y donde se cuenta con mayor experiencia en la atención a este grupo de población. De esta forma, a la JS VII le corresponde la responsabilidad de coordinar las acciones de salud pública y la provisión de servicios de atención médica a la población sin seguridad social en 2,246 comunidades, las cuales se encuentran ubicadas en 110 microregiones sanitarias, agrupadas en los dieciséis municipios de la región de Soconusco.

La JS VII cuenta con programas dirigidos a la población migrante, entre los cuales destacan: el Programa para la prevención y control del VIH/SIDA/ITS; el Programa contra la tuberculosis; el Programa de atención a la salud de la mujer, violencia y equidad de género; el Programa de Enseñanza, y el Programa de atención a la salud del migrante.

Estos cuatro Programas coordinan las actividades de prevención, atención y vigilancia epidemiológica para la población sin seguridad social y migrante. Su trabajo ha contribuido a establecer diferentes redes sociales con la participación de organizaciones sociales especializadas en la atención de grupos móviles y migrantes, tales como la "Casa del Migrante Albergue Belén" (CM), Una Mano Amiga en la Lucha Contra el SIDA (UMA), Instituto Nacional de Migración (INAMI), Delegación Tapachula; Grupo Beta Sur del INAMI y Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), entre otras.[22]

En el marco de los procesos de colaboración interinstitucional, la JS VII y el INAMI organizaron un Módulo de Salud en las instalaciones de la Casa Roja (CR) del INAMI, ubicada en la comunidad de Talismán (frontera

con Guatemala), donde se desarrolla el "Programa de Regularización de los Trabajadores Agrícolas Migrantes" que se incorporan a las fincas cafetaleras de la región. En el módulo se realizan diversas actividades de promoción de la salud, se brindan consultas médicas y referencias hacia las unidades de 1er y 2º nivel de atención, y se ha desarrollado un sistema de información que contiene los servicios de salud otorgados a estos grupos de población, con particular énfasis en los temas de SSR.

De manera complementaria al trabajo realizado por las instituciones públicas, se encuentran las acciones de las organizaciones de la sociedad civil que atienden diversas necesidades de la población migrante en la región. Sobresale el quehacer que durante más de 20 años ha desarrollado la Casa del Migrante de Tapachula (CM), así como y Una Mano Amiga en lucha contra el SIDA (UMA).

La CM de Tapachula ha generado una forma de respuesta integral a las personas migrantes provenientes de diversas regiones de América Latina y de otras partes del mundo. Su propósito central es brindar asistencia humanitaria y de promoción y defensoría de los derechos humanos a toda persona migrante que solicite apoyo de sus servicios. A este conjunto de servicios se ha sumado la atención médica, con un componente específico: la prevención y atención del VIH/ITS. De esta manera, por más de una década la CM ha abordado de manera integral las diferentes necesidades que puede presentar una persona en su condición de migrante indocumentado en tránsito, e influye sobre los diferentes ámbitos sociales que determinan su condición de vulnerabilidad en esta zona fronteriza.[22]

Por su parte, la organización UMA surgió con el propósito de generar estrategias para la prevención y atención integral del VIH/SIDA/ITS, y luchar contra el estigma y discriminación en grupos vulnerables, aplicando estrategias de comunicación y cambio de comportamiento. En la actualidad, dicha organización cuenta con amplia experiencia en el diseño e implementación de estrategias comunitarias que buscan prevenir la transmisión del VIH y promover la equidad de género y el respeto a los derechos sexuales y reproductivos (DSR) de grupos que enfrentan condiciones de alta vulnerabilidad social (PVS, migrantes, comunidad LGBT).[22]

En el marco del presente Proyecto, dada la importancia estratégica que tienen los actores sociales mencionados, se consideró imprescindible contar con su participación como parte de un proceso de consolidación de la respuesta social en salud focalizada en las poblaciones móviles y migrantes en la región fronteriza. De esta manera, se ha logrado consolidar un núcleo de instituciones sociales y gubernamentales junto con las cuales se rediseñó e implementó el Proyecto para el periodo 2009-2011.

Estas organizaciones estuvieron involucradas en todo el proceso de implementación del Modelo operativo para la promoción de los DSR de jóvenes y mujeres migrantes. Durante el periodo de implementación del Proyecto, este conjunto de organizaciones contribuyó al fortalecimiento y extensión de la red funcional sobre migración y SSR, a través del establecimiento de esquemas de colaboración con otros actores que intervienen para abordar el complejo perfil de necesidades y capacidades de población migrante en la región fronteriza del sur de México.

En este contexto social y político, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en colaboración con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), las organizaciones de la sociedad civil y gubernamentales, lograron desarrollar la iniciativa sobre migración y salud sexual y reproductiva (SSR) focalizada en los grupos de la población migrante, como una respuesta a los nuevos desafíos socio-epidemiológicos que se presentan en la región fronteriza. En los siguientes capítulos se presentan las estrategias y el alcance de las mismas en diferentes componentes que integraron el Proyecto.

Referencias

1. Chiapasvisión 2020.org (sitio de internet) Chipas: Fomento económico de Chiapas, Inc©2002 (actualizado 2011 sep 24; consultado 2011 febr 13). Disponible en: http://chiapasvision2020.org/home.html
2. CONAPO. Índices de marginación 2005. D. F.: Consejo Nacional de Población, 2006: 19.
3. Montoya G, Bello E, Parra M, Mariaca M. La Frontera Olvidada entre Chiapas y Quintana Roo. Pensamiento contemporáneo. Tuxtla Gutiérrez: El Colegio de la Frontera Sur, 2003.
4. Leyva R, Caballero M, Bronfman M. Respuesta social ante la movilidad poblacional y el VIH/SIDA: Experiencias en Centroamérica y México. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
5. Villa B. Ciudad Hidalgo, Chiapas. En: Bronfman M, Leyva R, Negroni M, edit. Movilidad poblacional y VIH/sida. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2004.
6. INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. D. F.: Instituto Nacional de Geografía y Estadística, 2011.
7. Arriola M., La perla de Soconusco, ciudad estratégica para la redefinición de las fronteras, FLACSO. Guatemala, 1995.
   Kauffer Michel Edith Francoise. Identidades Migraciones y Género

8. en la Frontera Sur de México. Chiapas: El Colegio de la Frontera Sur
México, 2002.
Castillo M. Región y Frontera: La Frontera Sur de México. En Kauffer
9. M (Coord.) Identidades Migraciones y Género en la Frontera Sur de
México. Chiapas: El Colegio de la Frontera Sur. México, 2002.
INM. Estadísticas del Instituto Nacional de Migración 2002; 2010. D.
10. F.: Centro de Estudios Migratorios del INM, 2002; 2010.
INAMI, Estadísticas del Instituto Nacional de Migración 2006. Centro
11. de Estudios Migratorios del INM. 2006.
Bronfman M, Leyva R, Negroni M. Movilidad poblacional y VIH/
12. SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Cuernavaca: INSP, 2004.
Castillo M. Las políticas hacia la región centroamericana en países de
13. origen, tránsito y destino. Papeles de Población, 2000; 24.
Castillo M. Promoción de los derechos de jóvenes migrantes y mujeres
14. en áreas vulnerables de la frontera México-Guatemala. Sistematización de información. Informe técnico. COLMEX-UNFPA, 2008 [Documento inédito]
Bronfman M, Segenovich G, Uribe P, (1998). Migración y SIDA en
15. México y América Central. Una revisión de la literatura. Ángulos del SIDA. México: CONASIDA, 1998.
Bronfman M, Leyva R. Migración y VIH/SIDA en México y Centro-
16. américa. Seminario Taller de Cooperación México-Centroamérica sobre Prevención y Control de ETS/VIH/SIDA con especial atención en poblaciones móviles. Mimeo. 24 mayo. Tapachula, Chiapas, México. 1999.
Dardón J., La franja fronteriza de Guatemala con México: característi-
17. cas, sitios de cruce. Flujos migratorios y gobernabilidad. Ponencia presentada en el Encuentro Internacional sobre Desarrollo e Integración Regional en el Sur de México y Centroamérica. El 6 de junio del 2003 y organizado por CIESAS, ECONOSUR, UNACH, UNICACH y el gobierno del Estado de Chiapas.
González P. Migración femenina guatemalteca en la región transfron-
18. teriza Soconusco-San Marcos. Ponencia presentada en el 2º Coloquio internacional sobre migración y desarrollo". Morelos. 2006
Peña J., Migración indígena Mam en la frontera Chiapas-Guatemala.
19. Ponencia presentada en el Seminario-Taller Migración Intrafronteriza en América Central, Perspectivas regionales. San José Costa Rica del 03 al 05 de febrero 2005.
CONAPO. Encuesta sobre migración en la frontera Guatemala-Méxi-

20. co. Consejo Nacional de Población. D. F.: 2009.
Rojas M., y Ángeles H., La frontera de Chiapas con Guatemala como
21. región de destino de migrantes internacionales. Dinámica migratoria en
la Frontera, s/f..
Leyva R, Quintino F. Diseño, implementación y evaluación de un sis-
22. tema de atención integral de VIH/SIDA en poblaciones móviles y mi-
grantes en la frontera México-Guatemala. Informe Técnico Final. Cuer-
navaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2007.
C.D.H Fray Matías de Córdoba, Monitoreo de detención a migrantes
23. y condiciones de aseguramiento en la estación migratoria de Tapachu
la, Chiapas: Junio 2004-2005.Recuperado en octubre 2006 [Disponible
en: http:www.redtdt.org.mx/home/noticias/informes/2005/septiembre/
infooooo1Anexo-I.pdf]
Ruiz O. La migración centroamericana en la frontera sur: un perfil del
24. riesgo en la migración indocumentada internacional. Center for U.S.-
Mexican Studies, 1998.
Bronfman M, Leyva R, Negroni M. HIV Prevention among truck dri-
25. vers on Mexico's Southern Border. Culture, Health and Sexuality. 2002;
4:475-488.
Azaola E., Infancia robada. Niñas y niños víctimas de explotación
26. sexual en México., DIF-UNICEF-CIESAS, 2000.
Instituto de Salud del Estado de Chiapas. Dirección de Unidades Mé-
27. dicas 2011. Tuxtla Gutiérrez: Dirección de Innovación y Calidad de la
Atención Médica, febrero de 2011.
Instituto de Salud del Estado de Chiapas. Concentrado sectorial de uni-
28. dades médicas. Tuxtla Gutiérrez: Dirección de Innovación y Calidad de
la Atención Médica, 2011.
Quintino F., Vivir con VIH/SIDA en la frontera: la experiencia de per-
sonas migrantes en México. (Tesis) Universidad Autónoma de Metro-
politana Xochimilco. 2011.

Capítulo III.
Marco conceptual y metodológico: diseño de un modelo integral para migración y salud sexual y reproductiva en zonas fronterizas

René Leyva y Frida Quintino

La Vulnerabilidad Social y la Salud Sexual y Reproductiva: un enfoque metodológico

Existe consenso en que la salud sexual y reproductiva (SSR) es un campo de estudio y de acción basado en un paradigma integral que conjunta aspectos previamente abordados de manera independiente (planificación familiar, salud materno-infantil, la infertilidad y las ITS/VIH), al tiempo que propicia el establecimiento de vínculos explícitos entre género, sexualidad, reproducción, salud y derechos humanos.[1,2]

Dicho paradigma ha planteado la necesidad de comprender los procesos económicos, sociales, institucionales y culturales que influyen en las motivaciones, decisiones y comportamientos sexuales y reproductivos de las personas; de analizar los significados de la sexualidad en sus contextos sociales y de salud, y de tomar en cuenta las fuerzas sociales que moldean los derechos y la condición de la mujer en la sociedad, la comunidad y la familia, sin descuidar los derechos de los hombres en los mismos ámbitos.[3]

El campo de la salud reproductiva experimentó un proceso de legitimación que se manifestó en los programas de acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIDP) convocada por las Naciones Unidas en El Cairo (1994), así como de la Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995). Los programas de acción permitieron integrar un enfoque que sentó la base para que los derechos sexuales y reproductivos (DSR) adquieran el estatus de derechos humanos fundamentales.

En este marco, la plataforma de acción surgida del CIPD abordó, por primera vez de manera sustantiva, el tema de las poblaciones migrantes, refugiadas, desplazadas y traficadas, desde un enfoque de derechos fundamentales que abarcan el respeto a la libertad en la toma de decisiones y la responsabilidad sobre el comportamiento sexual; la regulación de la fecundidad; la interrupción, cuidado y atención del embarazo, parto y puerperio; el bienestar materno e infantil; la prevención de las ITS/VIH, y una vida libre de violencia.

En el Programa de Acción sobresale la necesidad de crear y reforzar las medidas de promoción, prevención y atención de la salud para estos sectores de población hasta entonces descuidados por los programas tradicionales. Es decir, que los derechos de las personas migrantes abarcan la disponibilidad y el acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva de buena calidad. De igual manera, los derechos contemplan el brindar opciones y garantizar el acceso a servicios profesionales en situaciones de violencia.

> "Los inmigrantes y las personas desplazadas en muchas partes del mundo tienen un acceso limitado a la atención de la salud reproductiva y pueden estar expuestos a graves riesgos para su salud y sus derechos reproductivos. Los servicios deben ser especialmente sensibles a las necesidades de cada mujer y cada adolescente y tener en cuenta su situación, muchas veces de impotencia, prestando particular atención a aquellas que son víctimas de violencia sexual".[4]

Siguiendo las recomendaciones emanadas del Programa de Acción del CIPD, se han desarrollado un conjunto de acciones para promover los derechos de las poblaciones refugiadas, víctimas de desastres naturales, desplazadas y, más recientemente de migrantes. No obstante, a más de una década de la Conferencia del Cairo, persisten importantes dificultades para el ejercicio de los DSR por estas poblaciones, así como los obstáculos y limitaciones para garantizar la disponibilidad y acceso a servicios de SSR en los contextos de origen, tránsito y destino migratorio.

Para avanzar en la comprensión de los obstáculos entendidos como factores estructurales de la migración y salud, se retoma el concepto de vulnerabilidad social, el cual ha sido utilizado como un indicador de la desigualdad que enfrentan no sólo las poblaciones migrantes sino también otros grupos "móviles" que confluyen en las regiones fronterizas [2,5*] La noción de vulnerabilidad social ha sido definida como un proceso multidimensional que confluye en los riesgos diferenciales que enfrentan los individuos, grupos o comunidades ante una diversidad de situaciones que afectan su bienestar.[6]

Desde este enfoque, no es la migración en sí misma la que define los riesgos de salud, sino son las condiciones y las interacciones que ocurren en el proceso migratorio las que sitúan a las poblaciones móviles y migrantes en

* Se propuso el concepto de movilidad territorial de la población, a diferencia del concepto tradicional de migración debido a que este último sólo incluye el cambio de lugar de residencia, mientras que el concepto de movilidad considera la dinámica y el intercambio de la población de forma temporal, el cual no necesariamente conlleva cambio de residencia; ejemplo de ello son los transportistas internacionales. Ver: Castillo M. Migración y movilidad territorial de la población. En Bronfman M., Leyva R., Negroni M., edit. Movilidad poblacional y VIH/sida. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica, Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2004:41.

una condición de vulnerabilidad. El enfoque de la vulnerabilidad ha privilegiado el análisis de los conflictos y las relaciones de poder que se establecen entre los distintos actores de un contexto, así como la identificación de la forma en que las inequidades sociales (tanto entre sociedades como dentro de ellas) determinan la mayor vulnerabilidad de ciertos grupos en desventaja social hacia diversos problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva, particularmente a la infección por el VIH y otras ITS.[6,7]

En el caso de las poblaciones móviles y migrantes, el concepto de vulnerabilidad social se ha empleado para comprender la relativa desprotección en la que se pueden encontrar frente a potenciales daños de salud o amenazas a la satisfacción de sus necesidades básicas y al respeto en sus derechos humanos, debido a que cuentan con menos recursos económicos, sociales y legales. En este sentido se considera que la vulnerabilidad equivale a aquella fracción de factores de riesgo que son casi inmodificables por el individuo.[2,5,8] Estos autores señalan que la distinción entre riesgo y vulnerabilidad está lejos de ser una sofisticación semántica. Mientras que el riesgo apunta a una probabilidad y evoca una conducta individual, la vulnerabilidad es un indicador de la inequidad y desigualdad social y exige respuestas en el ámbito de la estructura social y política. Bajo este supuesto se acuñó el término de "contextos de vulnerabilidad", que hace referencia a las configuraciones socioculturales que resultan de las interacciones entre los diversos actores sociales, políticos, económicos y de salud ante situaciones determinadas, en este caso su posición y acción ante los migrantes, la SSR, la violencia de género y el VIH/SIDA en las comunidades de origen, tránsito o destino.[5]

De esta manera, se ha planteado la relevancia de analizar los contextos en que se da la migración, con el fin de identificar, desarrollar, implementar y evaluar estrategias y modelos de atención integral adecuados a las necesidades de las diferentes poblaciones móviles y migrantes.

Estrategia metodológica

El modelo de atención a la SSR de los grupos móviles y migrantes representa una especie de síntesis de diferentes perspectivas e intereses de la sociedad, las instituciones gubernamentales, las agencias de cooperación y los propios sujetos que viven el proceso migratorio. El principal reto es identificar áreas de convergencia de intereses así como procedimientos para el manejo y resolución de conflictos relacionados con las formas de interacción social y responsabilidades de cada uno de los actores involucrados. Desde su perspectiva, los participantes tratan de aportar información, experiencias, insumos mate-

riales, recursos financieros y científico-técnicos, entre otros, para mejorar las condiciones de acceso a servicios de salud por parte de los migrantes o favorecer la regulación de la migración y la dinámica de movilidad inter-fronteriza en un marco social de violencia.

Se buscó fortalecer los vínculos, algunos de los cuales ya existían, entre las organizaciones de la sociedad civil e instituciones de salud presentes en la frontera México-Guatemala, para constituir una red funcional que permitió dinamizar la respuesta a nivel interfronterizo.[9] Los compromisos de colaboración de las diferentes organizaciones se establecieron para intercambiar información epidemiológica y mecanismos de referencia de personas a otras instituciones de ambos países, y capacitar técnicamente a los proveedores de servicios de salud, entre otros aspectos. La funcionalidad de la red se ha preservado, no por la formalización expresada en convenios sino por la necesidad de responder a las situaciones de salud de los migrantes que cotidianamente se presentan en la región fronteriza.

El modelo se ha desarrollado en diferentes periodos o fases, y su composición y forma han variado según la población meta, las instituciones participantes y las acciones de salud, hasta alcanzar la forma que presenta hoy (2011).

El modelo de atención en salud sexual y reproductiva

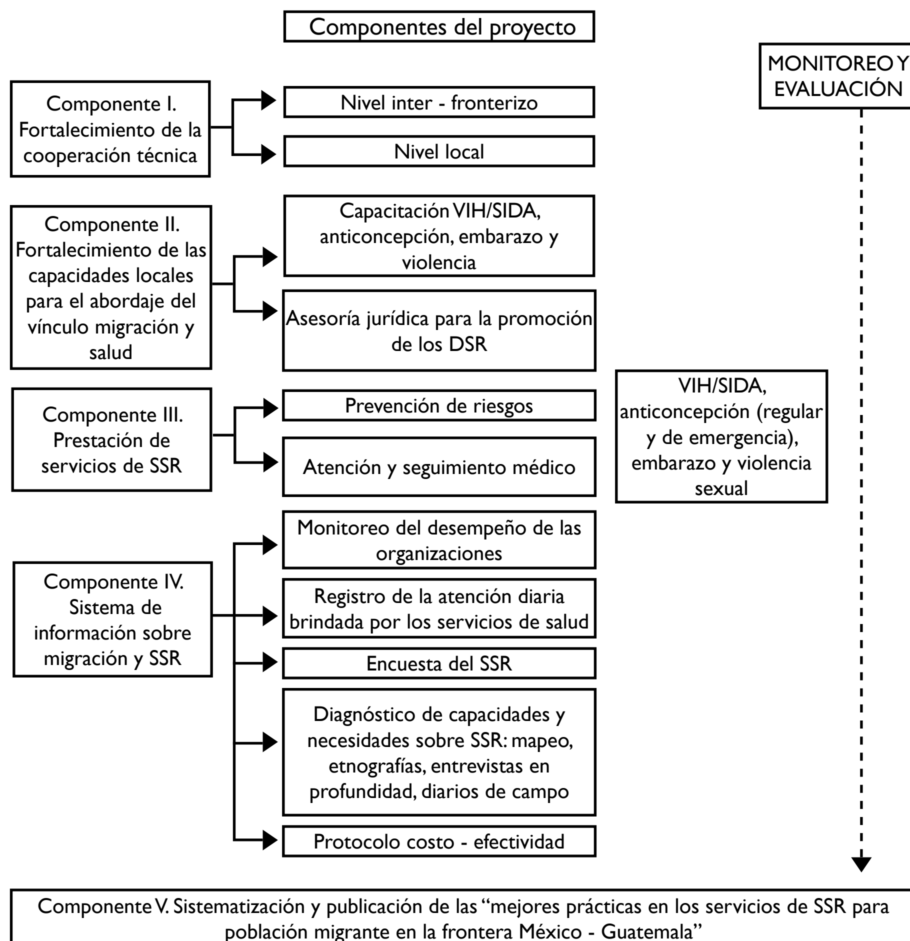
El diseño del modelo para la promoción de los DSR de las poblaciones móviles y migrantes en la frontera México-Guatemala (Figura 3.1) cuenta con referentes[8] que permiten ubicarlo como parte de las respuestas locales a problemas globales de migración y salud.

Su formulación se basa en referentes empíricos relacionados con el análisis de la información estratégica generada por más de una década en la frontera México-Guatemala y en Centroamérica. La vulnerabilidad social en la que se encuentran inmersos los migrantes y otros grupos móviles, como las trabajadoras sexuales[10], es una consecuencia y al mismo tiempo una característica del contexto socio-político en que ocurre la dinámica migratoria y de movilidad poblacional en la región.

Un elemento central del contexto de vulnerabilidad que viven los grupos móviles y migrantes en la frontera se expresa a través de diferentes formas de exclusión social[11], que funcionan como determinante político y económico de la capacidad de respuesta ante las diferentes necesidades sociales, las de salud entre ellas. En este marco, la promoción y defensa de los derechos humanosy del derecho a la salud, en especial de los DSR, representa el objetivo central del modelo de atención a la salud de los migrantes.

El modelo de intervención se encuentra integrado por cinco componentes básicos para establecer áreas de acción y alcances (Figura 3.1.).

Figura 3.1.
Modelo de atención a la salud sexual y reproductiva de poblaciones móviles y migrantes en la frontera México-Guatemala



Fuente: Proyecto Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos de Migrantes en la Frontera México-Guatemala, 2010.

Fortalecimiento de la cooperación técnica a nivel local e inter-fronterizo

Este componente tiene el propósito de fortalecer la cooperación técnica a nivel local e inter-fronterizo, a través de mecanismos de participación basados en el reconocimiento de experiencias y capacidades diferenciales de organizaciones sociales y gubernamentales presentes en la región fronteriza México-Guatemala. Se identificaron los ámbitos de responsabilidad y de vinculación complementaria de las organizaciones que durante los últimos diez años han sostenido la respuesta al VIH en poblaciones móviles,[11-15] con el fin de reducir traslapes en los espacios, las poblaciones o las acciones implementadas.

Esto permitió por una parte fortalecer un núcleo estratégico de actores y por otra ampliar el espacio de acción hacia otras áreas sustantivas de las necesidades de salud relacionadas con el proceso de movilidad y migratorio. En este ámbito de colaboración han sobresalido las iniciativas desarrolladas por cuatro organizaciones que se ubican en la Ciudad de Tapachula: “Casa del Migrante Albergue Belén” (CM) de la congregación religiosa scalabriniana; la organización de la sociedad civil “Una Mano Amiga en la Lucha contra el SIDA” (UMA); la “Coordinación del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA de la Jurisdicción Sanitaria VII” (PVIH-JS), y el Módulo de Salud de la Casa Roja del Instituto Nacional de Migración (CR). Los compromisos de colaboración fueron alineados para fortalecer la cooperación técnica entre las instituciones, la capacidad de atención a la SSR, la generación de información estratégica para el monitoreo de los riesgos a la salud, la evaluación de resultados del Proyecto y su aplicación para la defensoría de casos y/o la formulación de políticas de salud.

Las acciones de fortalecimiento de la cooperación técnica permitieron ampliar las alianzas con otros actores locales, como la “Unión Agrícola Regional de Productores de Café Tacaná” (principal organización agrícola en la región y empleadora de migrantes), y con otras áreas técnico-administrativas de los servicios de salud (de 1er y 2º nivel de atención). Entre éstos se incluyen la Coordinación de Atención a la Salud de la Mujer (CSM-JS), responsable de la atención de salud reproductiva, prevención y atención de la Violencia, y la Coordinación del Programa Enseñanza (CPE-JS). La inclusión de estos actores locales permitió la institucionalización de la atención de mujeres embarazadas migrantes, personas migrantes con VIH/SIDA, personas migrantes víctimas de violencia sexual y trabajadores agrícolas migrantes en fincas cafetaleras de la región, como se presentará en el capítulo correspondiente.

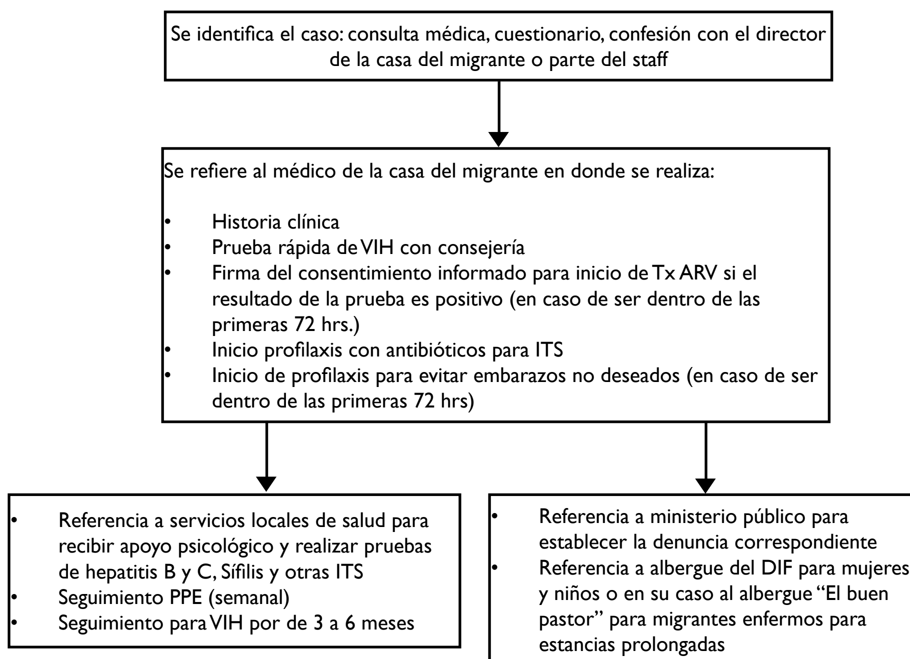
Además, estas áreas de los servicios de salud redefinieron el modelo de atención enfocado a las trabajadoras sexuales, que se encontraba bajo el control de las autoridades municipales de salud y se focalizaba sólo al control de VIH y otras ITS. Se conformó un grupo especializado para la promoción de los DSR de las personas trabajadoras sexuales que contó con la participación de 14 organizaciones sociales y gubernamentales. Una de sus responsabilidades centrales fue promover un Proyecto de reforma al marco jurídico local que regula el trabajo sexual desde una perspectiva de protección de derechos, incluida la salud.* El trabajo alcanzado por este grupo se presentará en un capítulo dedicado al proceso llevado a cabo para la Reforma de Sanidad Municipal.

Como parte de la cooperación técnica se buscó contar con el apoyo y vinculación de otros actores externos a la frontera, pero relevantes a nivel de la política nacional de salud. De esta forma, el Proyecto facilitó contar con la colaboración de un despacho de asesoría y defensoría médico-legal –MEDILEX- (uno de los actores relevantes que participó en la formulación y gestión de las leyes sobre SSR en el gobierno del Distrito Federal). Su participación contribuyó de forma significativa a la formulación y gestión de la reforma al reglamento de salud municipal en Tapachula, Chiapas, principal municipio en términos demográficos y económicos en la frontera de México con Guatemala.

Otro actor externo, relevante a nivel nacional para la formulación e implementación de políticas de atención y prevención del VIH y de atención a la violencia sexual, es la "Clínica Condesa" de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México. El modelo de atención a la violencia sexual desarrollado en la Clínica se toma como referencia nacional para establecer los procedimientos críticos relacionados con la efectividad de la atención (Figura 3.2). Esta forma de cooperación multisectorial tanto de las instituciones presentes como externas a la frontera permitió desarrollar, implementar y monitorear los alcances del modelo de promoción de la SSR en la población migrante.

* El Grupo de Trabajo que colaboró en la elaboración del Proyecto de Reforma al marco jurídico que regula las condiciones de acceso a la salud de las personas en situación de trabajo sexual son: Una Mano Amiga A. C. ; UNFPA; Diversidad y Género A. C. ; MEDILEX, Asesoría Médico Legal; Instituto Nacional de Salud Pública – Fondo de Población de las Naciones Unidas; Presidencia Municipal de Tapachula, Chiapas; Salud Municipal de Tapachula, Chiapas; Programa de VIH/SIDA/ITS de la JS VII; Coordinación Estatal del Programa de VIH/SIDA/ITS; Coordinación de Enseñanza de la JS VII; Departamento de Alcoholes del Ayuntamiento; Comisión Estatal de Derechos Humanos; Dirección de VIH/SIDA de la Comisión Nacional de Derechos Humanos; Organización Internacional para las Migraciones; Departamento de Estudios Migratorios de la Secretaría de Desarrollo de la Frontera Sur.

Figura 3.2.
Flujograma para la atención de casos de violencia sexual



Los alcances del Proyecto están vinculados al establecimiento de roles y funciones diferenciales para cada una de las organizaciones participantes, con base en sus capacidades técnicas y experiencia. A continuación se presentan algunas áreas de funcionalidad de la red.

Fortalecimiento de las capacidades locales para el abordaje del vínculo migración y salud

El segundo componente corresponde al fortalecimiento de la capacidad técnica de los profesionales de salud y las organizaciones locales para el abordaje del vínculo entre migración y SSR. Este componente se desarrolló a través de la implementación de talleres de capacitación que buscaron contribuir al proceso de actualización de conocimientos y desarrollo de habilidades, con el propósito de modificar la actitud de los profesionales que brindan servicios de SSR a las poblaciones migrantes y promover la implementación de mejores prácticas. Las áreas de fortalecimiento fueron definidas en función de los problemas de VIH/SIDA, anticoncepción, embarazo, violencia sexual e intercul-

turalidad. Si bien, en el aspecto técnico los esfuerzos se enfocaron en ampliar y refrescar el conocimiento de las guías de atención médica, las necesidades de nueva información estuvieron más relacionadas con áreas socioculturales y legales.

De acuerdo con la opinión de los participantes en los cursos, los aspectos más novedosos en términos de contenido y suscitaron preguntas a los ponentes como: “Por atender a una mujer violada ¿tengo que acudir al ministerio público a rendir declaraciones?”, “Si prescribo y doy a migrantes medicamentos del “stock” del seguro popular, ¿puedo ser acusado de desvío de recursos?”, “En caso de que menores de edad se presenten a solicitar atención médica, debido a que requieren anticoncepción de emergencia y no están acompañadas de un adulto, ¿incurro en algún problema legal si doy el tratamiento?” Los temas de multiculturalidad y significados de la enfermedad y salud también son aspectos de interés para los profesionales de salud, sobre todo ante diferentes grupos étnicos que además son extranjeros.

Si bien la capacitación científico-técnica representa unos de los medios para mejorar la calidad de la atención, las encuestas de opinión sobre la satisfacción de los participantes en los talleres y las observaciones de quienes no participaron en éstos muestran que el interés y la novedad de estas actividades no se encuentra en la información técnica sino en los aspectos médico-sociales vinculados a la SSR y a la migración. Estos aspectos representan elementos centrales que deben ser considerados como parte de la educación continua de los profesionales de la salud debido a que son situaciones que enfrentan en su práctica médica diaria y que un mayor conocimiento de ellas podría contribuir a mejorar de manera significativa la calidad de la atención.

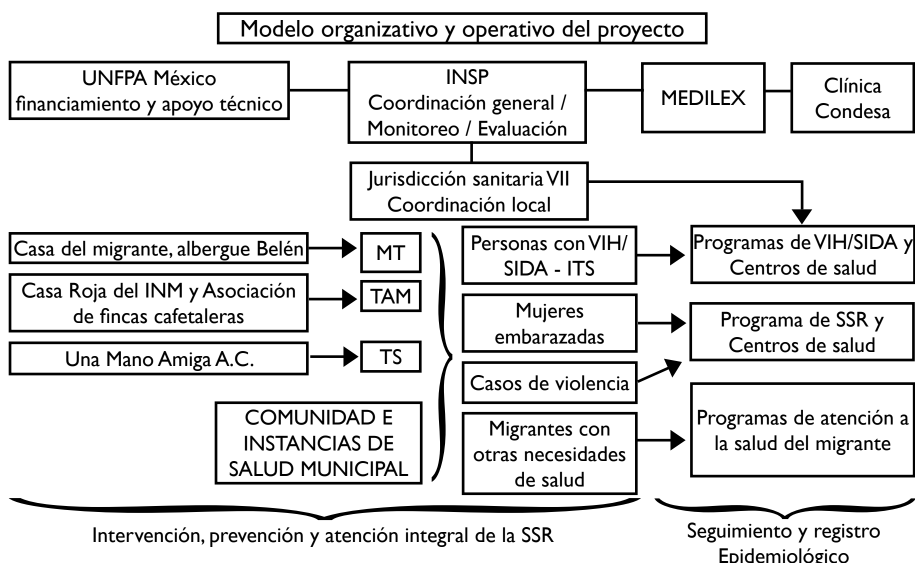
Para el registro de las actividades relacionadas con la capacitación de profesionales de la salud y otros prestadores de servicios sobre VIH/SIDA, embarazo, anticoncepción y violencia sexual, se utilizó un formato específico que facilita la caracterización de los participantes, así como su ubicación en las distintas unidades de salud a las que se encuentran adscritos.

Provisión de servicios de salud para poblaciones móviles

El tercer componente está vinculado con la provisión de servicios de prevención y atención de problemas y necesidades de SSR (anticoncepción, embarazo, VIH/SIDA y violencia basada en género) de trabajadoras sexuales, trabajadores agrícolas y migrantes en tránsito. El diseño de las estrategias tomó en cuenta las necesidades específicas de estos grupos de población y las diferencias en el acceso a la información, la diversidad de creencias y prácticas

culturales. Las áreas de responsabilidad de las organizaciones participantes, por población meta, se presentan en la Figura 3.3.

Figura 3.3.
Participación interinstitucional para la oferta de servicios a población migrante



Fuente: Proyecto Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos de Migrantes en la Frontera México-Guatemala, 2010.

La definición de este esquema organizativo de oferta de servicios se basa en la demanda “natural” de servicios realizada por los diferentes grupos de población a las distintas instituciones sociales y gubernamentales. La especialización de las organizaciones sociales en la atención de los diferentes grupos móviles y migrantes permitió ajustar las formas de provisión de los servicios de acuerdo a la propia dinámica de movilidad, así como a algunos factores de carácter cultural que de otra manera podrían funcionar como obstáculos adicionales para el uso de los servicios de salud disponibles en la frontera.

Los servicios específicos relacionados con la atención de la SSR se estructuraron en tres áreas transversales para los grupos meta del Proyecto: la primera correspondió a la implementación de intervenciones dirigidas a la prevención y atención integral del VIH/SIDA y otras ITS; la segunda se centró en la promoción y acceso de métodos anticonceptivos, así como la atención

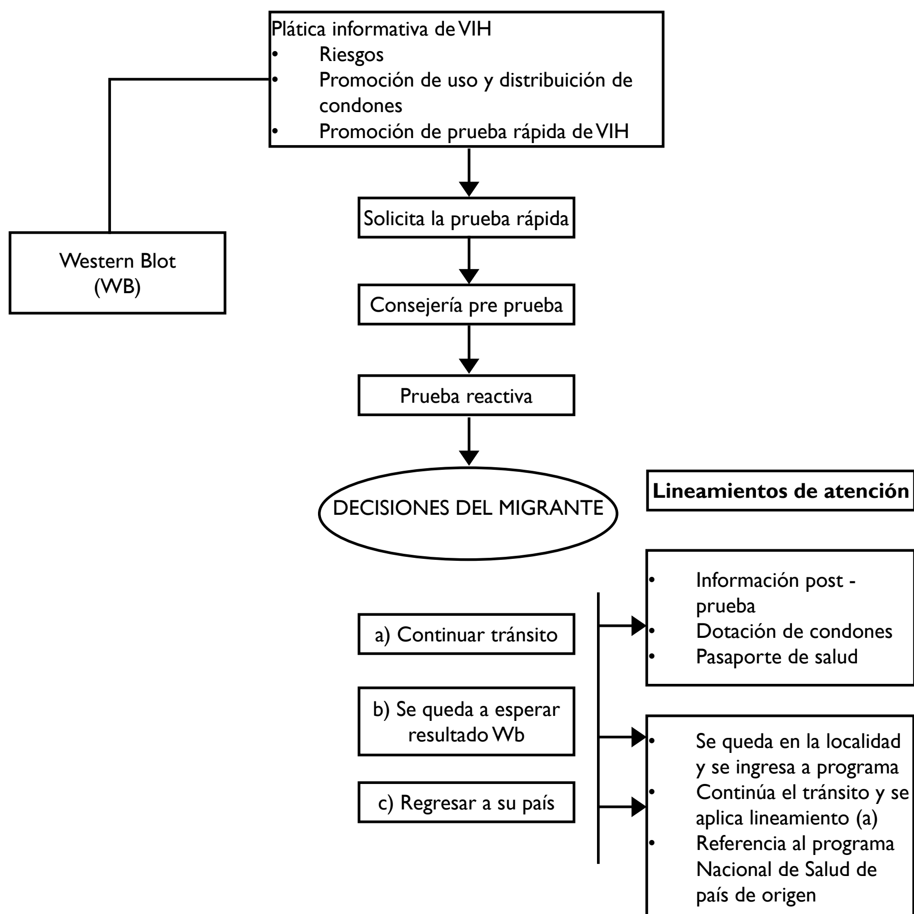
del embarazo, y la tercera se dirigió hacia la prevención de riesgos derivados de una situación de violencia sexual relacionada con el proceso migratorio. A continuación se describe la metodología para el desarrollo de cada una de las áreas de servicios de salud.

Prevención y atención de VIH/SIDA/ITS

Los servicios incluidos comprenden un conjunto de actividades que han probado ser efectivas para la diseminación de información con fines de sensibilización para el cambio de comportamiento sexual, promoción del uso del condón, consejería previa y posterior a la realización de pruebas de VIH y referencia médica.

La implementación de actividades de prevención del VIH/ITS se desarrolló de acuerdo al flujograma que se presenta en la Figura 3.4. En un primer momento se invita a la población meta a participar en actividades grupales donde recibe e intercambia información sobre riesgos de transmisión y formas de prevención de VIH e ITS. Para ello, se emplean técnicas de interacción grupal (pláticas, talleres y actividades lúdicas) donde se tratan temas de interés: prevención y transmisión de VIH/SIDA/ITS; uso correcto y consistente del condón; estigma y discriminación relacionados con el VIH; habilidades para negociar el uso del condón con la pareja y diagnóstico oportuno del VIH mediante la prueba rápida. Además se incluyeron otros temas que no se encuentran directamente vinculados al VIH, tales como las condiciones de vida cotidiana de las poblaciones migrantes en la frontera sur; normas, códigos, creencias, costumbres y prácticas culturales que pueden facilitar u obstaculizar la adopción de estrategias para prevenir las ITS/VIH; alternativas para mejorar la calidad de vida de las personas con VIH (PVS), e información para acceder a redes sociales de promoción y defensa de los derechos humanos de las personas migrantes indocumentadas.

Figura 3.4.
Lineamientos de atención para migrantes con VIH



Al final de estas reuniones se oferta la prueba de VIH, que se realiza de forma voluntaria y siguiendo la norma nacional establecida para ello. 16 A aquellas personas que se realizan la prueba de VIH, según los resultados (es decir, según sean reactivas o no reactivas), se les ofrecen alternativas de atención que respondan a las necesidades específicas de su condición móvil o migrante. Todos los casos reactivos a la prueba del VIH reciben atención de acuerdo con el protocolo implementado por el PVIH-JS VII, que asegura el acceso a pruebas de laboratorio complementarias y tratamiento antirretroviral (TARV) en los casos que lo requieran.

A todas las personas que se realizan la prueba de VIH se les solicita que brinden información socio-epidemiológica, la cual se genera en condiciones de respeto a la confidencialidad y privacidad, para posteriormente ser procesada como parte del sistema de información del PVIH-JS VII. El cuestionario aplicado ha presentado una serie de cambios en su contenido con el fin de ajustarlo a las condiciones sociales y epidemiológicas de las poblaciones meta; de esta forma se han estructurado con mayor especificidad las secciones de comportamiento sexual, estigma y discriminación y violencia sexual por tipo de población móvil o migrante.

La información se ha sistematizado en bases de información socio-epidemiológica vinculada con migración y VIH que han servido de apoyo para la toma de decisiones de distintas instituciones gubernamentales y sociales en la frontera sur. El acceso a la información de las bases de datos se encuentra bajo resguardo de confidencialidad y privacidad por el investigador responsable en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP); estas bases también han sido de utilidad para fines académicos y para formar recursos de nivel técnico-científico alto y medio que han contribuido a conformar una masa crítica sobre el tema de migración y salud.

Además, como parte de un sistema de información del desempeño del Proyecto (M&E), independientemente del tema que se aborde, se registran todas las actividades grupales con el fin de contar con información sobre el perfil socio-demográfico básico de los participantes.

Anticoncepción y embarazo

Desde el 2009, se incorporó la atención del embarazo, así como la información sobre anticoncepción; ambas actividades responden a necesidades de atención de los grupos de población meta del Proyecto.

En el marco de la red local sobre migración y SSR, la Coordinación de Atención a la Salud de la Mujer (CSM-JS) y la Coordinación de Atención a la Salud del Migrante de la Jurisdicción Sanitaria VII (CASM-JS) diseñaron un programa de acción orientado a reducir la mortalidad materna en mujeres migrantes. Esta iniciativa tuvo su origen en estudios comunitarios realizados por las instituciones locales que buscaron documentar la situación de acceso a los servicios de salud, así como identificar muertes maternas de migrantes ocurridas en los últimos cinco años. Los datos que se obtuvieron permitieron identificar la situación de vulnerabilidad y riesgo en que se encontraban las mujeres embarazadas (ME) migrantes; los resultados correspondientes se presentan en capítulo sobre servicios de salud.

A partir de esta información se desarrolló una campaña de sensibilización a los proveedores de servicios de salud para facilitar el acceso a la atención prenatal a todas las ME migrantes, en igualdad de condiciones respecto a las mexicanas, e iniciar un registro sistematizado de la atención brindada. Inicialmente, el proceso fue piloteado y probado en dos centros de salud, para posteriormente ser escalado a todos los centros de salud ubicados en la zona fronteriza. Las acciones incluyeron a un módulo de atención a la salud ubicado en las instalaciones de la CR, principal espacio para la documentación de migrantes en la frontera, del INAMI.

Violencia sexual

La información para prevención y atención de riesgos relacionados con violencia sexual constituye una de las aportaciones más relevantes en el área de atención a la salud de los migrantes, dado el contexto social actual prevalente en México, del cual la frontera sur no es la excepción.

Después de que los profesionales de la salud recibieron actualización técnica y social para el manejo apropiado de las consecuencias de la violencia sexual se ha incorporado a la práctica el modelo de atención diseñado y probado en la "Clínica Condesa", citado anteriormente. Este esquema, basado en la colaboración interinstitucional entre las áreas de justicia y las de salud, permite contar con procedimientos de "respuesta rápida" (atención de urgencia) para que las personas afectadas sean incluidas como parte de un protocolo de atención de urgencia.

Las acciones incluyen: la atención clínica, la prevención de riesgos relacionados con la infección por el VIH/ITS y el embarazo y el apoyo psicológico. Los lineamientos de atención para violencia sexual se presentan en el capítulo correspondiente a servicios de salud. Para sistematizar la información sobre atención de casos de violencia sexual se desarrolló un formato específico, respetando el derecho a la confidencialidad y anonimato y cuidando la no re-victimización de la persona agredida. La CSM-JS es la responsable del resguardo de la información generada hasta ahora.

Sistema de información sobre migración y SSR

Las diversas acciones desarrolladas en los componentes descritos son sistematizadas a través de diferentes procedimientos de registro de información con el fin de apoyar con evidencias la toma de decisiones por los actores, así como la formulación de políticas que respondan a las necesidades de los diferentes grupos móviles y migrantes.

Además, la generación de información de calidad por las organizaciones participantes ha consolidado un mecanismo de rendición de cuentas de los fondos utilizados, pero también de la correcta aplicación que los mismos pueden tener en la población y en el funcionamiento de las propias organizaciones. Dada la especificidad de la información sobre migración, también se ha buscado que ésta sea compartida entre las instituciones participantes con el fin de que conozcan de forma más amplia el quehacer de las otras instituciones y al mismo tiempo para monitorear la situación de salud de los migrantes.

Los instrumentos desarrollados van desde guías para estudios comunitarios, mapeos georreferenciados, guías para entrevistas en profundidad y de opinión abierta, diarios de campo, minutas de reuniones, monitoreo de periódicos, guías para análisis documental, encuestas, guiones para desarrollo de documentales cinematográficos y recopilación musical y teatral, entre otros. La aplicación de diferentes métodos y la diversidad de instrumentos para el seguimiento del Proyecto han permitido contar con información que evidencia los alcances y limitaciones de la iniciativa desarrollada en la frontera México-Guatemala.

La calidad y cantidad de la información se monitorea a nivel local (in situ) y en cada una de las fases del proceso. Se capacita al personal de los servicios de salud y de organizaciones sociales para llevar a cabo estas actividades como parte de su práctica de atención o como un proceso de acompañamiento de las actividades desarrolladas que, en su caso, sirva también para reorientar a las actividades implementadas.

El Cuadro 3.1. presenta los lineamientos generales que se aplican para el control de calidad de la información. De esta forma se cuenta con información clave para la toma de decisiones oportuna, pero también para rediseñar y planificar a mediano plazo el modelo de atención a la salud de migrantes en un marco de sostenibilidad institucional.

Cuadro 3.1.
Actividades y objetivos para el control de calidad de la información

Actividad	Objetivo
Capacitación de los participantes	Adopción y manejo de instrumentos de registro, como parte de los instrumentos para el desarrollo de sus actividades de campo
Procesamiento de información	Contar con cortes mensuales para conocer el desempeño del Proyecto (formatos impresos y por vía electrónica para la coordinación local y general)
Revisión de calidad de la información (in situ a nivel local y durante el procesamiento)	Contar con bases de datos cualitativas y cuantitativas *limpias* (la digitación de estuvo controlada con revisiones periódicas y aleatorias de las encuestas y otros instrumentos) y procesamiento limpio de la información.
Monitoreo *in situ*	Verificar la implementación de las actividades siguiendo los lineamientos establecidos.

Referencias

1. Langer A. Salud Sexual y Reproductiva: Dónde estamos a casi de una década después de El Cairo". En: Bronfman M, et al. Salud Reproductiva. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2003.
2. Bronfman M, Leyva R, Negroni M. Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2004.
3. Salles V, Tuirán R. El discurso de la salud reproductiva: ¿un nuevo dogma? En: Stern C. y Figueroa J. (Coord.). Sexualidad y salud reproductiva: avances y retos para la investigación. D. F.: El Colegio de México, 2001.
4. Un.org [sitio de internet]. Nueva York: ONU, Inc.; ©2011 [actualizado 2011 septiembre 24; consultado 2011 marzo 12]. Disponible en: http://www.un.org/es/development/devagenda/population.shtml
5. Leyva R, Caballero M, Bronfman M. Respuesta social ante la movilidad poblacional y el VIH/SIDA: Experiencias en Centroamérica y México. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
6. Busso G. Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de política

para Latinoamérica a inicios del siglo XXI. Las Diferentes expresiones de la Vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe. [Monografía en internet]. Santiago Chile: Seminario Internacional, 2001 [consultado 2011, agosto 13] Disponible en:
En: http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/ORGIN011.pdf

7. Cáceres F. Dimensiones sociales y relevantes para la prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. En: Izazola J. El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria. D. F.: Fundación Mexicana para la Salud, 1999: 217-246.
8. Bronfman M, Leyva R. Migración y sida en México. En: Córdoba J. (Edit.) Veinticinco años del Sida en México. Logros, desaciertos y retos. D.F.: Secretaría de Salud, 2008: 241-258.
9. Leyva R, Quintino F. Informe técnico del desarrollo de un mapeo analítico y propositivo sobre procesos de investigación-acción relacionados la migración y la salud sexual y reproductiva en la frontera México-Guatemala del Proyecto "Promoción de la salud sexual y reproductiva, incluida la prevención del VIH/SIDA y la violencia basada en género en poblaciones migrantes, particularmente mujeres y jóvenes" (inédito).
10. Quintino F. Promoción de los jóvenes y las mujeres migrantes en áreas vulnerables de la frontera México-Guatemala: prevención y atención de la salud sexual y reproductiva. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2011.
11. Bronfman M, Leyva R, Negroni M. Movilidad poblacional y VIH/SIDA contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2004.
12. Leyva R, Caballero M, Bronfman. Respuesta social ante la movilidad poblacional del VIH/SIDA: experiencia en Centroamérica y en México. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
13. Leyva R, Caballero M, Ochoa M, Guerrero C, Zarco A. Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad de VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes. Informe Técnico. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2009.
14. Leyva R, Quintino F, Castañeda X, Lemp G, Ruiz J, Magis C. Oaxacalifornia: Vulnerabilidad y VIH/SIDA en Migrantes indígenas. XVII International AIDS Conference. México, 2008.
15. Leyva R, Infante C, y Quintino F. Modelo de Prevención de ITS/VIH/SIDA para población Migrante en la Frontera México-Guatemala (Continuación del Proyecto y Replicación en La Frontera Norte en Nuevo

Laredo, Tamaulipas). Informe Técnico del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública de México. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2009.

16. Norma Oficial Mexicana NOM-010- SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana, 2010 (consultado 2011 julio 29). Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/010ssa23.html

Capítulo IV.
Servicios de salud: prevención y atención de necesidades de salud sexual y reproductiva en población migrante

Frida Quintino, René Leyva, Mónica Cerón, Gerardo Espinoza, Nelly Gómez, Catalina Mateos y Guadalupe Sánchez

Introducción

En este capítulo se analiza la respuesta de los servicios gubernamentales de salud que han participado en el desarrollo de estrategias orientadas a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos (DSR) de las poblaciones migrantes en la frontera México-Guatemala. Se caracterizan las acciones en salud desarrolladas por la Jurisdicción Sanitaria VII-Tapachula (JS VII) del Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH), instancia técnico-administrativa con posición estratégica para el desarrollo del "Modelo de promoción de la salud sexual y reproductiva (SSR) en población migrante, 2009-2011". Las estrategias se implementaron en el marco de las iniciativas para la prevención del VIH/SIDA/ITS y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos (DSR) en grupos móviles y migrantes impulsadas en la frontera sur.

La colaboración entre el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y la JS VII es parte de un proceso de sustentabilidad que se ha venido desarrollando por más de una década en el corredor fronterizo de la región de Soconusco, Chiapas. Este esquema de colaboración se ha vinculado a las iniciativas regionales para la prevención del VIH/SIDA/ITS y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos (DSR) en grupos móviles y migrantes. Por medio de esta plataforma de acción, entre 2009 y 2011 se desarrolló un esquema de cooperación orientado al diseño, implementación, monitoreo y evaluación de estrategias que tienen el propósito de prevenir riesgos y atender las necesidades de SSR de las personas migrantes.

En este periodo, se establecieron acuerdos con tres áreas estratégicas de la JS VII: la Coordinación del Programa para la Prevención y Control del VIH/SIDA/ITS (PVIH-JS), la Coordinación de Atención a la Salud de la Mujer (CSM-JS) y la Coordinación del Programa de Enseñanza (CPE-JS). Dichas instancias regulan la funcionalidad de los programas directamente relacionados con los temas eje del Proyecto y facilitaron la vinculación con las organizaciones de la sociedad civil y con los centros de salud, como una vía para

desarrollar políticas que expediten el acceso a los servicios públicos de salud para la atención de la SSR de las personas migrantes que residen o transitan por la frontera sur.

De esta manera se logró caracterizar las acciones que la Jurisdicción Sanitaria VII desarrolla de manera cotidiana en sus distintas áreas de atención, así como explicitar los servicios que fueron fortalecidos en el marco del Proyecto. La información que se presenta en este capítulo se organizó en función de los servicios de SSR (anticoncepción y embarazo, prevención del VIH/SIDA/ITS y atención de violencia sexual) que constituyen parte fundamental del derecho a la salud de las personas migrantes en México.

El derecho a la salud de las personas migrantes

En México, la Constitución Política sienta las bases jurídico-legales para promover y defender los derechos humanos de las personas migrantes, ya que confirma los principios universales de igualdad y libertad en dignidad y derechos, así como la no discriminación (Artículos: 1º, 2º, y 7º). El Artículo 4º constitucional reconoce el derecho a la salud y prescribe la obligación que tiene el Estado de garantizar el bienestar físico, mental y social de toda la población, independientemente de su nacionalidad. A esta perspectiva obedecen las recientes reformas (noviembre 2010) al Artículo 67 de la Ley General de Población, en las cuales se establece que las personas originarias de otros países tendrán derecho a recibir la atención médica que requieran en caso de enfermedad o accidente, sin tomar en cuenta si tienen o no documentos que acrediten su estancia en México.

De igual manera, el Estado mexicano ha ratificado la mayoría de los pactos y convenciones del derecho internacional que sentaron la base para que los DSR adquirieran el estatus de derechos humanos. En las plataformas de acción que surgen de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo[1] y de la Conferencia Mundial de la Mujer,[2] se abordó por primera vez, de manera sustantiva el tema de los DSR de las poblaciones migrantes, refugiadas y desplazadas, desde un enfoque de derechos fundamentales que abarcan: respeto a la libertad en la toma de decisiones y la responsabilidad sobre el comportamiento sexual, la regulación de la fecundidad, el cuidado y atención del embarazo, parto y puerperio, el bienestar materno-infantil, la prevención de las ITS/VIH/SIDA, y la prevención y atención de la violencia.

No obstante, quince años después de la Conferencia del Cairo persisten importantes dificultades para el ejercicio de los DSR que enfrentan estas poblaciones, así como los obstáculos y limitaciones para garantizar el acceso a servicios de SSR en México.

Si bien es cierto que el sistema jurídico mexicano y las recientes reformas a la legislación relacionada con la migración y la salud garantizan los derechos humanos de las personas migrantes, éstos sólo adquieren sentido cuando se generan las condiciones para su aplicabilidad. Por ello, se plantea la necesidad de desarrollar estrategias efectivas de atención a la salud que sirvan como evidencia para el fortalecimiento de programas hasta ahora no considerados en los esquemas de atención tradicional. Asi mismo se requiere desarrollar políticas federales, estatales y municipales orientadas a reducir barreras y facilitar el acceso de las personas migrantes a servicios de SSR.

Durante los últimos cinco años, el gobierno del Estado de Chiapas ha desarrollado un conjunto de acciones para promover el derecho a la salud de los migrantes. Para ello ha sido fundamental contar con la participación de las jurisdicciones sanitarias, sobre todo aquellas que operan en las regiones fronterizas, como es el caso de la JS VII, conformada por municipios que constituyen la puerta a Centroamérica.

La participación de la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, Chiapas

La JS VII es la unidad técnico-administrativa del ISECH cuyas funciones son las de planear, programar e instrumentar la provisión de servicios de atención médica y la vigilancia epidemiológica de la población residente o en tránsito en las 2,246 localidades ubicadas en las 110 microrregiones de los 16 municipios de Soconusco. Los representantes de la JS VII reconocen que en una región donde las relaciones inter-fronterizas y la movilidad poblacional constituyen fenómenos normales, se debe contar con capacidad institucional para dar respuesta a sus necesidades, especialmente las relacionadas con la SSR:

> "En esta zona, la migración y el contacto con la población centroamericana son la norma. Cuando nosotros brindamos atención apelamos al derecho a la salud. Creemos que es necesario incluir en la provisión de servicios a toda la población que está en un espacio geográfico específico, sin importar su nacionalidad o su condición migratoria. Nuestro papel no es regular la migración sino atender las necesidades de salud de la población" (Profesional de salud, JS).

De acuerdo con el ISECH,[3] en el área de alcance de la JS VII confluyen las siguientes poblaciones móviles y migrantes: trabajadores agrícolas

temporales, transmigrantes, migrantes fronterizos, refugiados, transportistas, comerciantes, trabajadoras domésticas, trabajadoras sexuales, policías, militares, marineros, empleados en diferentes servicios y menores de edad migrantes, entre otros grupos de población móvil.

Por ello, la JS VII, a través de sus diferentes áreas, ha diseñado programas dirigidos la población móvil y migrante. Entre los más relevantes se encuentran: el Programa para la prevención y control del VIH/VIH/SIDA/ITS, el Programa de atención a la salud de la mujer, el Programa de enseñanza y el Programa de atención a la salud del migrante.

Estos cuatro programas desarrollan actividades de detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento epidemiológico a personas migrantes que presentan algún problema de salud. También realizan actividades de promoción y prevención de la SSR, incluyendo VIH/SIDA y la violencia basada en género.

Si bien la provisión de servicios para migrantes y las acciones de salud pública inter-fronteriza entre México y Guatemala cuentan con antecedentes históricos, apenas a inicios de la presente década el ISECH, a través de la JS VII, comenzó a diseñar e implementar procedimientos específicos que permitieran contar con datos clínico-epidemiológicos y estadísticas sobre la demanda de atención por parte de las personas migrantes.

Durante los años previos al Proyecto, en el marco de colaboración con el INSP, se buscó fortalecer el sistema de información jurisdiccional y contribuir al análisis de los datos para convertirlos en información estratégica útil para la toma de decisiones.

En la fase inicial del Proyecto se evidenció que en materia de VIH/SIDA, la JS VII contaba ya con avances muy relevantes; desde el 2003, el Programa de VIH (P-VIH-JS) venía desarrollando un sistema de vigilancia epidemiológica para población migrante, el cual se vinculó desde el primer momento con la red de información institucional del sistema de salud estatal y nacional. Así el P-VIH-JS se constituyó en un actor pionero para la atención y vigilancia clínico-epidemiológica del VIH en poblaciones móviles y migrantes. Tomando en consideración estos importantes avances, las acciones enmarcadas en el componente de sistemas de información del Proyecto se dirigieron hacia las áreas encargadas de la provisión de servicios para el cuidado del embarazo y atención prenatal, la planificación familiar y la atención de la violencia física, psicológica y sexual.

Como se analizará en los siguientes apartados, la información generada por los programas de salud da cuenta de la atención brindada a los migrantes que acudieron a los servicios de salud en las unidades de 1er y 2o nivel de atención de la Jurisdicción.

Programa de Atención a la Salud del Migrante

La JS VII ha buscado fortalecer la respuesta social al vínculo entre migración y salud a través de la creación de programas específicos para la atención de la salud de los migrantes. A finales del 2008 se creó la Coordinación de Atención a la Salud del Migrante (CASM-JS), la cual forma parte del proceso de construcción de una plataforma integral para el abordaje del fenómeno migratorio que tiene lugar en la frontera chiapaneca.[4] Por ello, esta Coordinación tiene entre sus funciones mantener estrechos vínculos de trabajo con la Dirección Estatal de Atención al Migrante, el Instituto Nacional de Migración (INAMI), las Comisiones Nacional y Estatal de Derechos Humanos (CNDH), consulados centroamericanos, albergues y organizaciones de la sociedad civil.

La CASM-JS no sólo ha buscado facilitar el acceso a los servicios de salud existentes en la zona fronteriza, sino también sistematizar la información generada por los sistemas institucionales de los servicios gubernamentales de salud (SSA) de 16 municipios que conforman el área de acción de la JS VII, así como en albergues para migrantes, módulos de salud del INAMI y consultorios de organizaciones de la sociedad civil (OSC). De esta forma se inició la generación de información sobre morbilidad y mortalidad y de cobertura del sistema de salud a la población migrante. Aunque el sistema de información aún se encuentra en construcción, los datos generados contribuyen a esbozar las características del perfil de demanda de atención a la salud de los migrantes.

De acuerdo con el Diagnóstico de Salud del Migrante,[3] la condición de alta vulnerabilidad y riesgo que enfrentan amplios sectores de la población migrante se ve reflejada en el perfil de demanda de los servicios de salud. Por ejemplo, datos generados antes de que el Huracán Stan modificara las rutas migratorias (2005), mostraban que los traumatismos, fracturas, amputaciones, lesiones y heridas por arma figuraban como las principales causas de demanda atención médica por parte de migrantes. En 2004, este tipo de daños a la salud concentraba el 52.7% del total de atenciones prestadas a migrantes en unidades de 2º nivel de Tapachula. Sin embargo, los datos generados en 2007, es decir, después del Stan, muestran que estos problemas de salud representaban el 29% de las causas de atención.

En el periodo 2004-2007, el Hospital General de Tapachula (SSA) registró la atención médica de 460 migrantes, de los cuales el 20% acudieron para la atención del parto normal y prematuro, 13% por aborto y 15.6% por complicaciones del embarazo; casi el 50% de la demanda de atención hospitalaria se encontraba directamente relacionada con la SSR, lo cual contrasta con años previos, en los que los traumatismos representaban la principal causa de atención hospitalaria.

Coordinación del Programa de Atención a la Salud de la Mujer (CSM-JS)

La CSM-JS, tiene entre sus principales funciones "la participación y supervisión del cumplimiento de la Normatividad Técnica en materia de promoción de la salud reproductiva (…) que incluye la planificación familiar y salud de la mujer".[5] A nivel local, esta Coordinación es responsable de implementar la Estrategia Nacional de Salud para la Promoción de la SSR (2007-2012), a través de programas de acción específicos: Igualdad de Género, Arranque Parejo para la Vida, Cáncer Cérvico-uterino, Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género, Cáncer de Mama, Planificación Familiar y Anticoncepción y Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Esta estrategia forma parte del Programa Sectorial de Salud del Estado de Chiapas para "Desarrollo Social y Disminución de la Desigualdad", que hace énfasis en la cultura de prevención de daños a la salud, incluyendo la reducción de la mortalidad materna y perinatal.[6,7]

Con la finalidad de generar información estratégica para la toma de decisiones, la CSM-JS ha diseñado un subsistema de información que opera a nivel jurisdiccional para sistematizar datos relevantes sobre: embarazo, violencia basada en género y planificación familiar, entre otros.

Al inicio del Proyecto, el censo de embarazadas desarrollado por la CSM-JS no permitía identificar la cobertura de servicios en la población migrante debido a que el formato de registro no incluía la variable "nacionalidad". En el marco de los compromisos adquiridos con el Proyecto se propuso mejorar este subsistema de información incluyendo variables que permitieran identificar, caracterizar y dar seguimiento a este sector de la población femenina migrante. En octubre de 2009 se realizó una prueba piloto del nuevo formato del "Censo de embarazadas" en centros de salud fronterizos (Suchiate, Tuxtla Chico y Escuintla), y para 2010 el nuevo instrumento comenzó a utilizarse a nivel jurisdiccional. La información disponible para el periodo 2009-2010 indica que 25% del total de unidades de salud de la JS VII registraron casos de mujeres migrantes embarazadas, atendidas en los centros de salud. Los datos recopilados en el censo 2009-2010* permitieron identificar el perfil

* Los censos de embarazadas provienen de: Módulo de Salud de Casa Roja del INAMI, Casa de salud Acaxman (Tapachula), Casa de salud El Sacrifico (Tuxtla Chico), Casa de salud La Flor (Villa Comaltitlán), Casa de salud La Toma (Tuxtla Chico), Casa de salud Monte Flor Arriba (Villa Comaltitlán), Casa de salud Morelos (Tapachula), Casa de salud Primera Sección Tinajas (Tapachula), Casa de salud Providencia (Tapachula), Casa de salud Toluca (Tapachula), Centro de salud El Edén (Tapachula), Centro de Salud Acepetahua (Acapetahua), Centro de salud Ciudad Hidalgo (Ciudad Hidalgo), Centro de salud Indeco Cebadilla (Tapachula), Centro de salud Mazatán (Mazatán), Centro de salud Miguel Alemán (Ciudad Hidalgo), Centro de salud Santa Clara (Tapachula), Centro de salud Tapachula (Tapachula), Centro de salud Viva México (Tapachula), Centro de salud Cacahoatán (Cacahoatán), Centro de Salud Frontera Hidalgo (Frontera Hidalgo), Centro de salud Morelos (Huixtla), Centro de salud Tuxtla Chico (Tuxtla Chico), Centro de salud Talismán (Tuxtla Chico) y Unidad Médica Rural Santa Rita.

de 135 mujeres embarazadas migrantes que recibieron atención prenatal en los servicios públicos de salud. Como se observa cuadro 4.1. casi la mitad de estas mujeres eran originarias de Guatemala (48%), seguidas por hondureñas (27%) y salvadoreñas (23%); el 8% de las embarazadas migrantes eran residentes en localidades fronterizas vecinas a Tapachula. De acuerdo con sus características sociodemográficas, 29% tenía entre 15 y 19 años y 32% entre 20 y 24 años; se trata de mujeres jóvenes con una media de 24 años de edad. En cuanto al estado civil, 92% de ellas reportaron estar casadas o vivir en unión libre y 8% mencionaron ser solteras o separadas; la mayoría (61%) contaba con primaria o secundaria concluida y una tercera parte de las informantes no tenía ningún tipo de escolaridad o era analfabeta.

Cuadro 4.1.
Características sociodemográficas de migrantes embarazadas 2009-2010

	Módulo de Salud Casa Roja INM				Centros de Salud*			
	2009		2010		2009		2010	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	23	100	31	100	14	100	67	100
Edad								
15-19	7	30	8	26	6	43	19	28
20-24	7	30	13	42	1	7	23	34
25-29	6	26	4	13	6	43	17	25
30 y más	3	13	6	19	1	7	8	11
País de orgen								
Honduras	0	0	0	0	6	43	21	31
El Salvador	0	0	20	65	3	21	8	12
Guatemala	23	100	0	0	5	36	37	55
Nicaragua	0	0	0	0	0	0	1	1
México Chis.	0	0	11	35	0	0	0	0
Estado civil								
Solt-separ	22	96	25	81	14	100	63	94
Casada+UL	1	4	6	19	0	0	4	6
Escolaridad								
Sin esc+Analf	7	30	9	29	2	14	25	37
Primaria	9	39	16	52	7	50	28	42
Secund y más	7	31	6	19	5	35	14	20

Fuente: Censos de migrantes embarazadas, 2009-2010. Jurisdicción Sanitaria VII. Tapachula, Chiapas, México, 2010

En el cuadro 4.2. se presentan las migrantes embarazadas según lugar de atención, y se muestra que 60% recibieron atención médica en centros de salud fronterizos (Ciudad Hidalgo concentró el 22% de dicha proporción) y el resto (40%) de las mujeres migrantes fueron captadas en el Módulo de Salud de Casa Roja del INAMI. Más de las mitad (59%) habían tenido embarazos previos. Respecto al embarazo actual, se identificó que el 37% cursaba el segundo trimestre de gestación, y el 54% en el tercero; las que se encontraban en el último trimestre habían acudido algún servicio de salud en el país de origen. El número de consultas prenatales osciló entre 1-8, con un promedio de 3 consultas. De acuerdo con los registros de atención clínica en primer nivel, el 37% cursaban con embarazo de "alto riesgo" (Cuadro 4.2.), esto en función de la edad (menor de 19 años) o por el hecho de no ser consistente en la asistencia a las consultas prenatales.8 En el espacio de la consulta se les ofertó ácido fólico, vacuna de toxoide tetánico, se promovió la detección oportuna con previa consejería pre y post prueba de VIH y se les hizo entrega de la Cartilla de Salud del Migrante.

En el marco de la estrategia estatal para la disminución de la muerte materna la JS VII, a través de las unidades médicas de 1er y 2o nivel, oferta a las mujeres migrantes servicios gratuitos para la atención prenatal, así como cuotas de recuperación accesibles para la atención del parto, que incluso puede ser atendido de forma gratuita si se encuentran en precaria situación socioeconómica. No obstante, de acuerdo a los datos presentados por la CSM-JS, persisten algunos factores que inciden en la falta de atención oportuna del embarazo de las mujeres migrantes, entre ellos: la renuencia a acudir a los servicios de salud por motivos del estatus migratorio indocumentado; la inaccesibilidad geográfica, que continúa siendo una constante entre la población indígena migrante, y las pautas socioculturales, principalmente de carácter religioso, que regulan el comportamiento de los integrantes del grupo social primario.

Planificación familiar

En 2011, después de identificar las dificultades que enfrentan los servicios gubernamentales de salud para estimar la cobertura de la población migrante, el Proyecto definió la pertinencia de realizar actividades de monitoreo, verificación y análisis del sistema de información sobre planificación familiar (PF) en unidades de salud de la JS VII. La revisión se llevó a cabo en cuatro centros de salud fronterizos con alta presencia de poblaciones móviles y migrantes:

Cuadro 4.2.
Censo de embarazadas y atención prenatal 2009-2010

	Módulo de Salud Casa Roja INM				Centros de Salud*			
	2009		2010		2009		2010	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	23	100	31	100	14	100	67	100
Número de hijos nacidos								
Sin hijos	8	35	17	55	4	29	26	39
1 a 3	10	43	11	35	10	71	29	43
2 a 5	4	17	0	0	0	0	8	12
6 y más	1	4	3	10	0	0	4	6
Número de gestas								
0	1	4	0	0	1	7	0	0
1 a 2	14	61	23	75	9	65	36	53
3 a 5	6	25	5	16	3	21	20	29
6 y más	2	8	3	9	1	7	11	16
Número de abortos								
0	19	83	28	90	12	86	59	88
1	4	17	3	10	2	14	8	12
Trimestre de embarazo								
1er trimestre	1	4	4	13	0	0	6	9
2do trimestre	9	39	6	19	11	79	28	42
3er trimestre	13	57	21	68	3	21	33	49
Número de consultas prenatales								
0	4	17	10	32	0	0	0	0
1 a 2	6	26	13	42	9	64	42	63
3 a 4	4	17	3	10	4	29	20	30
5 y más	9	39	5	16	1	7	5	7
Riesgo obstétrico								
Alto	7	30	11	35	8	57	24	36
Bajo	16	70	20	65	6	43	43	64

Fuente: Censo de embarazadas 2009-2010. Coordinación de atención a la salud de la mujer. Jurisdicción Sanitaria VII. Tapachula Chiapas.

Suchiate, Tuxtla Chico, Talismán y Santa Clara. Se definió como periodo de observación el año 2010 y el primer semestre de 2011. Los instrumentos de registro seleccionados para verificar la utilización de servicios de planificación familiar por parte de mujeres migrantes fueron la Tarjeta de Planificación Familiar, Hojas de registro diario de consulta y el Expediente Clínico.

La revisión permitió documentar a 70 mujeres migrantes usuarias de los servicios de planificación familiar, la mayor parte de origen guatemalteco, con un nivel de escolaridad bajo o sin estudios, que reportaron dedicarse a las actividades del hogar y que en su mayoría, utilizan inyecciones y pastillas como método de anticoncepción. En 2010, se incorporó la variable de "nacionalidad" en la Tarjeta de PF; sin embargo, aún no se cuenta con el nuevo formato en la totalidad de las unidades de la JS VII. Debido a la alta movilidad de las mujeres migrantes que utilizan servicios de PF, en muchos casos, el personal médico no reporta la provisión del servicio en el Expediente Clínico correspondiente, lo cual complica el seguimiento de la atención brindada. En este sentido se dificulta la definición del perfil socio-demográfico de las usuarias y su vinculación con los antecedes gineco-obstétricos (número de embarazos-partos-abortos), y en consecuencia la planeación de estos servicios de salud.

Las actividades desarrolladas en el marco del Proyecto, además de contribuir a la verificar el acceso a los servicios de planificación familiar, permitieron identificar algunas de las dificultades que enfrentan los servicios locales para estimar la cobertura en estos grupos poblacionales. Aunque el personal de la CSM-JS reconoce la alta presencia de personas extranjeras o migrantes en el área de responsabilidad de la JS VII, aún no se ha desarrollado un sistema local que permita dar seguimiento a la provisión de servicios de PF para estos grupos.

Violencia en migrantes

La generación de información estratégica para la toma de decisiones que se inició hace una década, evidenció la situación de vulnerabilidad que enfrentan las personas migrantes, especialmente las mujeres, que transitan por la ruta de Soconusco, cuya consecuencia se expresa en el riesgo de sufrir violencia sexual, entre otros problemas.[9,10]

Desde el inicio de este Proyecto, el tema de violencia sexual fue incluido como parte de los ejes de atención, y para el segundo semestre de 2010 fue posible compilar la información sobre casos de violencia en las unidades de salud de todos los municipios que están en el área de alcance jurisdiccional, ya que en el marco del Proyecto se incorporó el rubro de "nacionalidad" en los formatos de registro de atención institucional.

Con la finalidad de explorar y dar seguimiento a casos de migrantes que sufrieron algún tipo de violencia, el personal de la CSM-JS realizó una intervención focalizada y de carácter exploratorio en el Centro de salud Talismán, por considerar que en dicho espacio confluyen poblaciones móviles y

migrantes con alta vulnerabilidad. Entre el 1º de febrero de 2010 y el 30 de junio de 2011 se atendieron 53 casos de migrantes que sufrieron algún tipo de violencia; la mayor parte de las víctimas eran mujeres (92%) de nacionalidad guatemalteca; hubo sólo dos casos de mujeres hondureñas y una de El Salvador. La media de edad correspondió a 30 años. Respecto al tipo de violencia, el 64% correspondió a violencia psicológica, el 47% a violencia física, el 17% a violencia sexual, y el 4% sufrió abuso económico. En todos los casos se contó con apoyo psicológico en los diferentes espacios de atención (Módulo Especializado de la SSA, albergues del DIF, organizaciones sociales y la FEVIMTRA). Además de brindar apoyo psicológico, en los casos de violencia sexual se ha aplicado el protocolo de atención de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana, que incluye la revisión médica, prescripción de la profilaxis post-exposición para VIH y otras ITS, así como del tratamiento de anticoncepción de emergencia.

Coordinación del Programa para la Prevención y Control del VIH/SIDA/ITS

La Coordinación Estatal y el Programa Jurisdiccional de VIH/SIDA/ITS buscan incrementar el uso de medidas preventivas y disminuir la transmisión de estas infecciones en la población chiapaneca y en grupos clave (HSH, TSC, jóvenes, personas privadas de la libertad, PVS, migrantes) definidos por el Programa en base a evidencia.

Desde el 2002, el PVIH-JS reconoce la vulnerabilidad y riesgo de VIH/ITS de las poblaciones móviles y migrantes, y las incluye como parte de los grupos objetivo. De manera rutinaria, el Programa implementa actividades educativas y de sensibilización en VIH/SIDA/ITS, promueve el uso adecuado del condón y garantiza su dotación. Asimismo, desde el año 2007, el PVIH-JS realiza acciones de promoción del diagnóstico oportuno del VIH (mediante la oferta y aplicación confidencial, voluntaria e informada, de las pruebas rápidas de VIH) en población migrante y asegura la atención a personas con SIDA (PVS) que acuden a los servicios de salud por libre demanda.[11]

Además de dar continuidad a su programa operativo regular, el equipo del PVIH-JS se involucró activamente en el Proyecto, participando en el diseño e implementación del “Modelo de Promoción de los DSR” (2009-2011) y en la coordinación de las intervenciones preventivas implementadas por los servicios gubernamentales de salud y por las organizaciones sociales que participaron en el Proyecto.

El PVIH-JS contribuyó a establecer redes colaboración con la "Casa del Migrante Albergue Belén" (CM), el Módulo de Salud de la CR del INAMI, Una Mano Amiga en la Lucha contra el SIDA, A.C. (UMA), así como con los promotores de salud en las fincas cafetaleras incluidas en el Proyecto. En este marco se fortalecieron las capacidades de los equipos de trabajo y del personal jurisdiccional para el abordaje de la temática de la SSR, el VIH/SIDA y la movilidad poblacional. El Programa se responsabilizó de la capacitación en VIH y otras ITS de los integrantes de las organizaciones participantes para fortalecer su capacidad de respuesta a las necesidades y decisiones de las personas migrantes con resultado reactivo en las pruebas de VIH.

Desde el 2003, el PVIH-JS ha desarrollado un sistema de vigilancia epidemiológica para población extranjera y migrante. La información recabada en los últimos siete años se ha concentrado en una base digitalizada que permite analizar los datos acumulados de casos de VIH/SIDA en extranjeros y nacionales y proporciona algunas características socio-demográficas de las personas afectadas por la epidemia.

De acuerdo con los datos presentados por el PVIH (Cuadro 4.3.), en el periodo 2003-2010 se han registrado 1,151 casos de VIH/SIDA en los 16 municipios que conforman el área de responsabilidad de la JS VII. De estos casos, 128 (11%) corresponden a migrantes, de los cuales el 55% son varones y 45% mujeres. Según país de origen, 54% proviene de Guatemala, 24% de Honduras, 19% de El Salvador, 5% de Nicaragua, y sólo 2% de países de Sudamérica (Colombia y Perú).

Cuadro 4.3.
Casos acumulados de VIH/SIDA en población migrante (2003-2010). Jurisdicción Sanitaria VII, Tapachula, Chiapas

Año	**Hombres**		**Mujeres**		**Total de casos de VIH/ SIDA en extranjeros**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
2003	1	1.4	6	10.3	7	5.5
2004	5	7.1	4	6.9	9	7.0
2005	1	1.4	3	5.2	4	3.1
2006	7	10.0	8	13.8	15	11.7
2007	8	11.4	6	10.3	14	10.9
2008	17	22.3	9	15.5	26	20.3
2009	15	21.4	8	13.8	23	18.0
2010	16	22.9	14	24.1	30	23.4
Total	70	100	58	100	128	100

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Programa de VIH/SIDA de la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, Chiapas.

Entre 2009 y 2010, el PVIH-JS notificó 53 casos de migrantes que obtuvieron un resultado reactivo en la prueba de VIH. La mayor parte de los pacientes fueron identificados en la Unidad de Especialidades Médicas-Centro ambulatorio para la prevención y Atención de personas con VIH/SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual (UNEME-CAPASIT) de Tapachula, así como en las unidades de 1er y 2º nivel de atención de la SSA. De acuerdo con los registros del PVIH-JS, el 91% de los usuarios fueron reportados como "asintomáticos", aunque el 48% recibieron tratamiento antirretroviral (TARV) por parte de la JS VII. Esta situación muestra un acceso creciente y de alta efectividad en el diagnóstico en los establecimientos públicos de salud, ya que casi la mitad de la PVS migrantes fueron atendidas en el último año.

Uno de los principales retos que ha enfrentado el PVIH-JS desde que se inició el diagnóstico y la vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en migrantes ha sido el seguimiento y continuidad de la atención médica, debido a la alta movilidad de este grupo. Esto hizo evidente la necesidad de diseñar lineamientos diferenciales, con el fin de brindar una atención rápida y adecuada a las necesidades y situaciones particulares de las personas migrantes según los resultados de las pruebas reactivas y no reactivas. Ante ello, se han desarrollado lineamientos de atención que incluyen la provisión de un paquete de servicios (información, condones, acceso a prueba confirmatoria, tratamiento de otras ITS) y la aplicación de mecanismos de referencia y contrarreferencia en las instituciones locales y hacia su país de origen, en caso de que la decisión fuera retornar.

La aplicación de lineamientos diferenciales es una tarea compleja que excede el tiempo de ejecución del Proyecto; sin embargo, entre el 2009-2011 se avanzó en la identificación de cinco escenarios relacionados con las decisiones del migrante que obtiene un resultado reactivo en la prueba rápida de VIH.

- 27% decidió esperar para realizarse estudios complementarios (WB) y decidió regresar a su país con o sin referencia al Programa Nacional de Salud (PNS);
- 24% de ellos demandó servicios de salud en las unidades de 2o y 3er nivel de atención disponibles en Tapachula;
- 18% decidió continuar su trayecto inmediatamente después de obtener un resultado reactivo a la prueba rápida;
- el 12% decidieron esperar estudios complementarios (WB) e ingresar al PVIH en Tapachula, Chiapas para recibir TARV, carga viral y seguimiento médico;
- finalmente, 6% de las personas fue referida al PNS en su país de origen.

La información hasta ahora sistematizada tiene un carácter institucional y es sostenible; sin embargo, mucha de ella se encuentra aún en una fase experimental que requiere consolidarse con el fin de que sea adoptada como una práctica médica regular en todas las unidades de salud.

Conclusiones

Como se ha descrito en el presente capítulo, el vínculo establecido entre el INSP y la JS VII a lo largo de la última década ha garantizado la sustentabilidad de un esquema de cooperación para el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de estrategias que tienen el propósito de prevenir riesgos y atender las necesidades de SSR de las personas migrantes que confluyen en el corredor fronterizo México-Guatemala. En dicho marco fue posible implementar entre 2009 y 2011 el "Modelo de promoción de la salud sexual y reproductiva en población migrante", que articula las diferentes intervenciones desarrolladas por el Proyecto.

El posicionamiento de la JS VII en los temas de migración y SSR, así como el establecimiento de acuerdos con áreas estratégicas de la propia Jurisdicción, entre ellas, la PVIH-JS, la CSM-JS y la CPE-JS, facilitó la vinculación con las organizaciones de la sociedad civil y con las unidades de salud. Dicha plataforma de acción se constituyó como una vía para el aseguramiento de la sostenibilidad del acceso a la atención de la SSR de las personas migrantes que residen o transitan por la frontera sur.

De igual manera, el fortalecimiento del sistema de información sobre SSR, en áreas prioritarias como el VIH/SIDA/ITS, embarazo, planificación familiar y violencia sexual, ha permitido estimar la cobertura de servicios para la población migrante en la frontera México-Guatemala. El diseño e implementación de procedimientos para la compilación y análisis de la información generada por la JS VII ha mejorado el conocimiento de los perfiles de los usuarios/as de los servicios de SSR y se ha constituido en una herramienta para la planeación local en salud.

En particular, se ha logrado fortalecer el registro clínico-epidemiológico y la aplicación de lineamientos de apoyo social, prevención y atención orientados a las personas migrantes que por serlo están en una condición de alta vulnerabilidad social y que obtienen un resultado reactivo en las pruebas de VIH. Se presenta así una experiencia de colaboración interinstitucional que ha sido institucionalizada y que se espera contribuya sustantivamente a reducir la vulnerabilidad social en materia de salud, al facilitar el acceso a servicios amigables, ajustados a las condiciones sociales y de movilidad de los grupos de población en la frontera.

Referencias

1. Conferencia Internacional sobre la Población y el desarrollo, El Cairo. Igualdad y equidad entre los sexos y habilitación de la mujer. En Compilación seleccionada del marco jurídico de la mujer. Secretaría de Relaciones Exteriores. UNIFEM: PNUD, México, 2005.
2. Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer. Beijing. En Compilación seleccionada del marco jurídico de la mujer. Secretaría de Relaciones Exteriores. UNIFEM: PNUD, México, 2005.
3. Instituto de Salud del Estado de Chiapas Diagnóstico de Salud del Migrante, (Documento Interno), Tapachula, Chiapas, 2008. [Inédito]
4. Victorio L. Crean Coordinación de Atención de Salud al Migrante. Instituto de Comunicación Social e Información Pública del Estado de Chiapas [serie en internet] 2008 [consultado 2011 jul 7]. Disponible en: http://www.comunicación.chiapas.gob.mx/documento.php?id=20080710025804
5. ISECH. Manual de organización [monografía en internet]. Chipas: Gobierno del Estado de Chiapas, Secretaría de Salud 2008. [Consultado 2011 mayo 3]. Disponible en: http://www.salud.chiapas.gob.mx/doc/Manual-de-Organización-2008-ISECH.pdf
6. SSA. Programa Nacional de Salud 2007-2012 [monografía en internet] México: Secretaría de Salud, 2007 [consultado 2011 mayo 6]. Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf
7. ISECH. Programa Sectorial de Salud del Estado de Chiapas 2007-2012 [monografía en internet]. Chiapas: Gobierno de Chiapas, 2007 [consultado 2011 jun 8]. Disponible en: http://salud.chiapas.gob.mx/doc/biblioteca_virtual/programas/PROGSEC_SALUD_2007-2012_INDES.pdf
8. SSA. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio [monografía en internet]. México: Secretaría de Salud, 1993 [consultado 2011 jun 17]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html
9. Bronfman M, Leyva R, Negroni M. Movilidad poblacional y VIH/sida. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2004.

10. Leyva R, Caballero M, Bronfman M. Respuesta social ante la movilidad poblacional y el VIH/SIDA: Experiencias en Centroamérica y México. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005
11. Leyva R, Quintino F. Diseño, implementación y evaluación de un sistema de atención integral de VIH/SIDA en poblaciones móviles y migrantes en la frontera México-Guatemala. Informe Técnico Final. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2007.

Capítulo V.
Migrantes en tránsito por México: la casa del migrante en Tapachula, Chiapas

César Infante, Flor María Rigoni, Jorge Velázquez, René Leyva, Ubaldo Ramos

Introducción

México es un país de origen, de destino y tránsito hacia los Estados Unidos de migrantes, provenientes en su mayoría de Centro y Sudamérica. En el 2005 el corredor geográfico que va de la frontera sur de México con Guatemala y Belice hasta la frontera norte de México con los Estados Unidos fue el más transitado del mundo, por más de 10.3 millones de migrantes.[1] Sin embargo, el flujo de migrantes indocumentados de Centro y Sudamérica que se dirige a los Estados Unidos no se ha sido cuantificado de manera precisa. Los registros provienen de los datos de aseguramientos que realizan el Instituto Nacional de Migración en México (INM) y la Oficina de Estadística de Inmigración de los Estados Unidos. Esta última estimaba, en 2009, 11.6 millones de migrantes indocumentados, de los cuales 61% eran mexicanos, 5% de El Salvador, 4% de Guatemala y 3% de Honduras.[2] Se estima que los migrantes que ingresan a México por la frontera sur, 92% provienen de Centroamérica (43% de Guatemala, 35% de Honduras y el 15% de El Salvador) y es además una migración predominantemente masculina con un 81% de hombres y 19% de mujeres.[3] Las condiciones que promueven la migración indocumentada en México y Centroamérica hacia los EU están vinculadas con la pobreza y la falta de oportunidades para la educación y el desarrollo.[4] En los últimos años a estas condiciones socioeconómicas en el lugar de origen se han sumado diversos tipos de violencia que ha cobraron vidas de migrantes en tránsito por México.[5] Estas condiciones del contexto al que se enfrentan los migrantes desde su origen y tránsito por México determinan su condición de vulnerabilidad y exposición a riesgos que están relacionados con daños en su salud. Algunos de los determinantes de su vulnerabilidad que han sido documentados en trabajos de investigación se relacionan con el escaso acceso a servicios de salud, la dificultad para el ejercicio de sus derechos humanos (DH), la marginalidad y las escasas redes de apoyo social.[6,7,8,9]

Una de las estrategias dirigidas a disminuir la vulnerabilidad de los migrantes en tránsito por México, se ha gestado desde la Orden Scalabriniana y la Pastoral de Movilidad Humana. Ambas son iniciativas de la Iglesia Católica y ofrecen asistencia en derechos humanos y en salud, así como asistencia espiritual, por medio de una red de Casas y albergues distribuidos en diferentes comunidades que constituyen estaciones de tránsito de Centroamérica y México.

Respecto al acceso a los servicios de salud para migrantes en México, la Ley de Migración, en su artículo 8°, precisa que "Los migrantes tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica, provista por los sectores público y privado, independientemente de su situación migratoria, conforme a las disposiciones legales y reglamentarias aplicables".[10] Esta modificación a la Ley de Migración constituye un compromiso del Gobierno de México que requiere de inversiones sociales y en salud en los principales puntos de entrada y en puntos estratégicos del tránsito de migrantes. Esta inversión podría contribuir a promover el desarrollo e inserción social de los migrantes con la población residente en estas comunidades y reduciría de forma sustantiva la estigmatización y discriminación que aún se ejercen sobrecontra ellos.

Desde el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), en colaboración con organizaciones de la sociedad civil como son las Casas y albergues de migrantes y actores de los servicios de salud jurisdiccionales, así como otras instituciones como el INM, se ha venido desarrollando una estrategia para la prevención y manejo de riesgos relacionados con el VIH. Esta estrategia se ha ampliado para incluir temas de salud sexual y reproductiva con el propósito de promover los derechos sexuales y reproductivos como un medio para reducir la vulnerabilidad en salud de los migrantes en tránsito por México.

El desarrollo de este modelo se ha basado en evidencia generada durante más de 10 años en la frontera sur, tomando en cuenta los marcos legales que protegen a migrantes en México y garantizan su derecho a la atención en salud y el respeto a sus DH y derechos sexuales y reproductivos.

El objetivo de este capítulo es mostrar como la "Casa del Migrante Albergue Belén" en Tapachula Chiapas ha logrado consolidar el funcionamiento del modelo de atención a la salud como parte de una estrategia de atención integral a las necesidades sociales de los migrantes en tránsito. En este capítulo, se presentan las estrategias que se desarrollan en la Casa del Migrante, haciendo énfasis en las actividades realizadas en 2009 y 2010.

La Casa del Migrante "Albergue Belén"

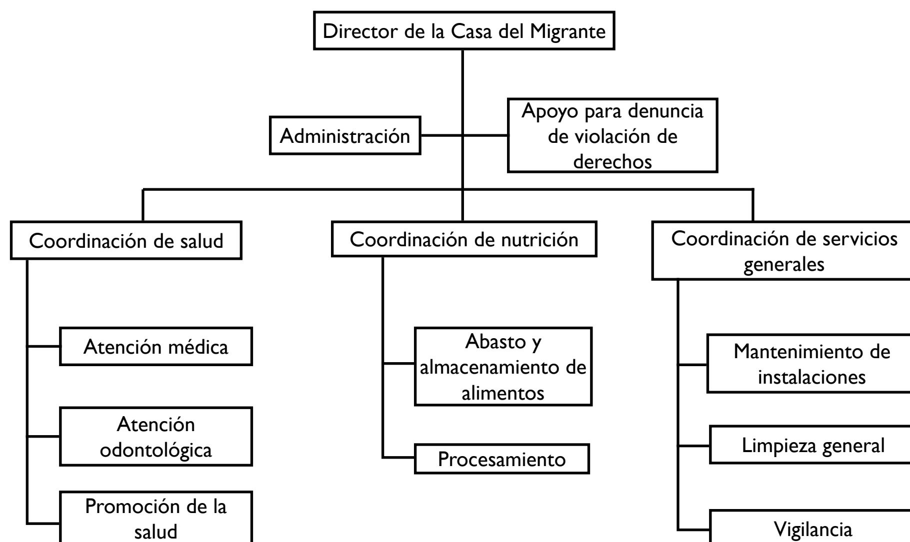
La Casa del Migrante "Albergue Belén" es una organización basada en la fe cuyo propósito central es brindar asistencia humanitaria a los migrantes que busquen albergue temporal. La infraestructura de la Casa para brindar los servicios de asistencia humanitaria consiste en:

- Área de dormitorios para hombres (55 camas), mujeres (20 camas) y familias (hasta 10 familias).
- Cocina y área de almacenamiento y conservación de alimentos
- Comedor (hasta 80 personas diarias)
- Baños para hombres y mujeres
- Área de lavandería
- Almacén de vestido y calzado
- Área de descanso (patio central)
- Capilla con fines espirituales
- Consultorio para atención médica a libre demanda y de urgencia
- Consultorio odontológico

Las instalaciones han sido diseñadas, construidas, remodeladas y mantenidas con participación del Director de la Casa y de voluntarios, quienes han hecho mejoras sustantivas para la habilitación de espacios funcionales y dignos donde encontrar respuestas a las necesidades más elementales (comida, techo, cama, servicios higiénicos y de salud), además de otros de mayor complejidad. Una de estas mejoras es haber logrado reducir la temperatura en el interior de las áreas de dormitorio en 4oC (La temperatura promedio de Tapachula es de 34-38o C) con cambios en el diseño de las instalaciones.

La manera en que se encuentra organizado el personal que labora de tiempo completo en la Casa se presenta en la figura 5.1, en la cual se pueden identificar las áreas de dirección, salud, nutrición, administración y servicios generales, en las que participan nueve personas. Sin embargo, la funcionalidad de la Casa se preserva gracias a una sólida red de voluntarios de la comunidad de Tapachula y de instituciones gubernamentales y de asistencia social tanto locales como internacionales.

Figura 5.1.
Casa del Migrante de Tapachula, Chiapas: Organización funcional



El área de administración recibe a los migrantes y les explica las reglas de funcionamiento y comportamiento social de respeto a la diversidad, integridad y derechos de las personas que conviven en este especio. Dada la alta demanda de servicios, estos se ofrecen por periodos de tres noches (en promedio) por persona, con manejo de situaciones excepcionales que requieren de mayor apoyo.

De acuerdo con el Registro de atención de la Casa del Migrante, durante 2010 se atendió a un total de 4,770 migrantes, de los cuales el 90% fueron hombres; las mujeres sólo representan 10% de los usuarios. En este mismo periodo 180 migrantes recibieron apoyo jurídico-legal para presentar denuncias ente la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y la Fiscalía Especial de Atención a Delitos Cometidos en Contra de Migrantes del Estado de Chiapas (FEADCCM).

Metodología

Las actividades desarrolladas en la Casa se encuentran definidas y establecidas en función de las áreas descritas previamente en el organigrama. Las acciones en materia de salud se encuentran integradas en atención clínica a libre

demanda de acuerdo a las necesidades de salud de la población: promoción de la salud sexual y reproductiva, prevención específica del VIH y atención odontológica. La atención a la salud se encuentra relacionada con las áreas de apoyo humanitario y promoción de los derechos humanos que en su conjunto integran un modelo de atención integral en salud, con especial énfasis en la atención a las necesidades de SSR. Las actividades implementadas en cada una de las áreas son monitoreadas y evaluadas con el fin de contribuir a la mejora continua de los servicios de la Casa del Migrante. La contribución del presente Proyecto al fortalecimiento del modelo de atención consistió en diseñar e implementar estrategias para la prevención y promoción de la salud en temas de violencia basada en género, embarazo, prevención de VIH y otras ITS, así como para el fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica en SSR y VIH. Las actividades de promoción de la SSR y prevención específica del VIH se desarrollan a través de diferentes formas de intercambio de información para:

- Cuidado del embarazo,
- Promoción de uso de métodos anticonceptivos,
- Prevención y atención de la violencia en cualquiera de sus formas, pero con especial énfasis en la violencia sexual,
- Cambio de comportamientos sexuales,
- Promoción del uso adecuado del condón,
- Promoción de derechos sexuales y reproductivos
- Información sobre la disponibilidad de la prueba rápida de VIH.

Para la implementación de estas actividades se tienen en cuenta las diferentes condiciones socioeconómicas y culturales, la diversidad de creencias religiosas, las prácticas y formas de interacción social y las necesidades de los migrantes como factores condicionantes que pueden estar relacionados con la aceptación o rechazo de la información recibida. Las estrategias de la Casa son sistematizadas a través de su registro en diferentes formatos que recogen la información clínica, epidemiológica y de promoción de los derechos humanos, sexuales y reproductivos. Además, esta información se complementa con la implementación de una encuesta sobre migración, SSR, VIH y violencia, que se aplica de forma permanente a una muestra no aleatoria de usuarios de 18 años o más de edad, que han participado de las actividades de promoción a la salud y prevención específica del VIH. A todos los participantes se les ofrece información sobre riesgos de transmisión del VIH, así como la opor-

tunidad de realizarse una prueba rápida de forma voluntaria. Con base en los resultados de intervenciones previas, el tamaño de muestra se ha fijado en 750 migrantes entrevistados anualmente.[11,12] La encuesta tiene fines exploratorios y de ninguna manera busca ser una representación estadística del grupo poblacional participante. El personal de la Casa del Migrante está a cargo de la aplicación de la encuesta y ha recibido información sobre el Proyecto, así como capacitación para el manejo apropiado del cuestionario y sobre el manejo ético y confidencial de los datos obtenidos. A los migrantes se les asegura la confidencialidad de la información y el anonimato mediante la asignación de un número al cuestionario. Los cuestionarios se guardan bajo llave en el albergue y cada mes se envían al Programa de VIH de la Jurisdicción Sanitaria VII (PVIH-JS), donde se realiza la captura de los datos, y permanecen bajo resguardo de la Coordinacion del Programa de VIH de la Jurisdicción Sanitaria de Tapachula.

De esta forma, la Casa cuenta con un sistema de información sobre SSR y migración que ha permitido documentar, sistematizar y evaluar las acciones desarrolladas por el Proyecto.

A continuación se presenta un análisis de la información obtenida a través de la Encuesta con el fin de caracterizar sociodemográficamente a los migrantes en tránsito usuarios de la Casa, así como las estrategias implementadas durante 2010 con la finalidad de responder a sus necesidades sociales y de salud.

Características socio-demográficas de los migrantes en tránsito

En su mayoría, los migrantes que transitan por la Casa del migrante son hombres (88.3%) en comparación con un 11.6% de mujeres. De acuerdo con los datos de la Encuesta (Cuadro 5.1.), según su país de origen y estatus migratorio, en su mayoría se encuentran indocumentados y provienen de Honduras (40.4%), El Salvador (32.4%) y Guatemala (19.6%), entre otros países. Su media de edad es de 27 años, y su media de escolaridad es de 7.4 años. De acuerdo al estado civil, 58% son solteras(os) o sin pareja, y la mayoría tienen hijos (55%). Una muy baja proporción habla alguna lengua indígena. Ante este perfil sociodemográfico, las acciones de la Casa del Migrante buscan disminuir la vulnerabilidad y los riesgos en salud que pueden estar vinculados con el proceso migratorio. Dichas acciones se describen a continuación.

Cuadro 5.1.
Características sociodemográficas de migrantes en tránsito en la frontera sur de México

	Migrantes en tránsito (MT)	
	Hombres (n=793) (%)	Mujeres (n=105) (%)
Nacionalidad		
Guatemala	19.8	18.1
México	0.5	2.9
El Salvador	33.2	26.7
Honduras	39.1	50.5
Nicaragua	6.1	1.8
Otra[1]	0.4	0.0
Situación migratoria		
Con documentos[2]	2.1	5.7
Sin documentos	97.9	94.3
Edad		
Media	28.5	26.2
Rango	14-60	16-55
Hijos		
Con hijos	55.3	81.0
Media	2.1	2.2
Escolaridad		
Con escolaridad	94.1	97.1
Sin escolaridad	5.9	2.9
Media (años)	7.7	7.3
Estado civil		
Casado y unión libre	33.9	39.1
Soltero	58.8	45.7
Separado[3]	7.2	15.3
Habla algún idioma indígena		
Sí	3.2	1.9
No	96.8	98.1

[1] Costa Rica, Panamá y otras
[3] Separados, divorciados y viudos
Fuente: Leyva, Quintino, Infante. Encuesta sobre Migración y Salud Sexual y Reproductiva de migrantes en tránsito en la frontera México-Guatemala, 2009-2010.

Atención a la salud

El Proyecto ha contribuido a fortalecer la capacidad de los recursos humanos e infraestructura de la Casa de forma que se ha consolidado la atención médica, y desde 2011 se ha iniciado la atención odontológica. En el periodo de 2009-2010 se brindaron 5000 consultas médicas a libre demanda de los migrantes. De acuerdo con la Encuesta sobre Migración y Salud citada anteriormente, 20% de los migrantes autorreportaron algún problema de salud, accidente o enfermedad en las últimas dos semanas, con diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. En general los problemas de salud son enfermedades infecciosas del tracto respiratorio y del aparato digestivo, así como otras relacionadas directamente con el tránsito migratorio (heridas, accidentes y deshidratación) (Cuadro 5.2.).

De los migrantes que tuvieron algún problema de salud, 67% buscó atención y aproximadamente 80% acudió al consultorio de la Casa, 6.9 % acudió a un centro de salud y 9.2% a un hospital. A todos los migrantes que solicitaron atención (99.2%) se les brindó. En su mayoría los migrantes son hombres sanos, y cuando han reportado algún problema de salud han buscado atención en la Casa del Migrante, al ser éste un espacio libre de estigma y discriminación, y además, de fácil acceso. El poco uso que hacen de los centros de salud obedece al miedo y al prejuicio sobre el centro de salud como espacio de gobierno, en el cual podrían ser detenidos y deportados; este prejuicio persiste a pesar de las iniciativas que ha desarrollado la JS VII para facilitar la información y comunicación a los migrantes para que hagan uso de los centros de salud disponibles en su trayecto. En la zona fronteriza con Guatemala, todos los centros de salud han sido definidos como “Amigos de la comunidad del migrante” en un acto que busca facilitar la utilización y reducir el rechazo por parte de los profesionales de salud

Cuadro 5.2.
Condición de salud y acceso a servicios de atención por sexo

Condición de salud	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
¿Ha tenido algún problema de salud, accidente o enfermedad en las dos semanas previas?						
Sí	159	20.0	33	31.4	192	21.4
No	634	80.0	72	68.6	706	78.6
Tipo de problema						
Herida	8	5.0	1	3.0	9	4.7
Accidente	5	3.1	0	0.0	5	2.6
Enfermedad respiratoria	57	35.9	12	36.4	69	35.9
Enfermedad gastrointestinal	10	6.3	2	6.1	12	6.3
Hongos en los pies	17	10.7	0	0.0	17	8.9
Deshidratación	2	1.3	0	0.0	2	1.0
Otra	60	37.7	18	54.6	78	40.6
¿Buscó ayuda para su problema?						
Sí	104	65.4	26	78.8	130	67.7
No	54	34.0	7	21.2	61	31.8
No responde	1	0.6	0	0.0	1	0.5
¿A qué institución acudió?						
Consultorio Casa del Migrante	80	76.9	22	84.6	102	78.5
Consultorio Casa Roja INAMI	2	1.9	1	3.9	3	2.3
Centro de salud	8	7.7	1	3.9	9	6.9
Sanatorio u hospital	11	10.6	1	3.9	12	9.2
Otra	3	2.9	1	3.9	4	3.1
¿Le brindaron atención?						
Sí	103	99.0	26	100.0	129	99.2
No	1	1.0	0	0.0	1	0.8

Fuente: Leyva, Quintino, Infante. Encuesta sobre Migración y Salud Sexual y Reproductiva de migrantes en tránsito en la frontera México-Guatemala, 2009- 1er semestre de 2010.

Promoción de la salud sexual y reproductiva

El desarrollo de las actividades de promoción de la salud sexual y reproductiva incluye aspectos relacionados con la atención oportuna y adecuada del embarazo, sensibilización y prevención de la violencia basada en género y la prevención de ITS y VIH. Para su desarrollo se aplican dos tipos de técnicas

de comunicación: interpersonales y grupales. En ambas se desarrollan actividades participativas, de carácter lúdico, con un enfoque de comunicación horizontal, de pares. Por ejemplo, para facilitar el acceso al condón se realizan demostraciones y estrategias participativas para su uso adecuado y se distribuye de manera gratuita a quien lo solicite. Estas actividades las realiza el médico de la Casa cada tercer día con la finalidad de que la mayoría de los migrantes escuche al menos un tema, ya que la Casa les permite una estancia de no más de tres o cuatro noches. Para el desarrollo de las pláticas se utilizan rotafolios con información validada por los responsables de los programas de VIH/SIDA, violencia basada en género y de salud sexual y reproductiva de la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula.

En los años 2009 y 2010 se llevaron a cabo un total de 554 actividades educativas, en las que participaron 6117 migrantes, a quienes se distribuyeron 17,659 condones.

La información sobre temas de SSR en material impreso (folletos y manuales) ha demostrado un reducido impacto en la población móvil y migrante, y se encuentran mejor evaluados los afiches, posters, adheridos en áreas de alta visibilidad y puntos de reunión en las instalaciones (comedor, consultorio, jardín central, dormitorios) de la Casa.[12] (Figura 5.2.).

Figura 5.2.
Difusión de información preventiva sobre VIH



Fotografía tomada en el jardín interior la Casa del Migrante "Albergue Belén"

Prevención especifica del VIH

De acuerdo con los datos de la Encuesta (Cuadro 5.3.), la frecuencia de uso del condón en su última relación sexual es dos veces mayor en hombres que en mujeres; aun cuando no hay diferencias en el conocimiento del condón como medio de prevención de transmisión del VIH (95%). Además de las actividades grupales, se hace la oferta de pruebas rápidas de VIH. Uno de los hallazgos más relevantes es el hecho de que la mayoría de los migrantes en tránsito se habían hecho una prueba de VIH, previamente; sin embargo, es notable la diferencia en el acceso a este servicio entre hombres y mujeres: 8 de cada diez mujeres se había hecho la prueba, lo cual muestra un cierto enfoque en los programas de VIH en los países de origen focalizado en la prevención de la transmisión perinatal.

La situación fue diferente en la Casa del Migrante, donde se ofertan las pruebas de VIH después de participar en una plática grupal, informativa sobre riesgos de transmisión. A todos los que solicitan de forma voluntaria que se les realice la prueba de VIH, además reciben consejería individualizada, en el consultorio médico con el fin de preservar la confidencialidad y privacidad. De esta forma, la solicitud a libre demanda fue mayor (94%) entre los hombres respecto a las mujeres (29.4%). Solo el 0.9% de las pruebas (todas en hombres) presentaron resultados reactivos.

La prevalencia observada es una clara expresión de la situación de la epidemia en los lugares de origen de los migrantes y no de la situación del tránsito por México, la cual estaría más relacionada con la exposición a nuevas situaciones de riesgo, que definiría la incidencia de VIH en los migrantes.

La capacitación en la consejería y aplicación de pruebas rápidas de VIH se apega al “Manual de Consejería en VIH/SIDA e ITS” y a la “Guía para la aplicación de pruebas rápidas” elaborados por el CENSIDA (2006), los cuales han sido ajustados a las condiciones de operación de la Casa. Uno de los logros más importantes de la iniciativa previa a esta Proyecto ha sido el garantizar el tratamiento antirretroviral (TARV) a los migrantes independientemente de su condición migratoria (Memorándum DG/DIO/1021/07, 5 de Noviembre del 2007). Si el migrante decide permanecer en la frontera, entonces se desarrollan los procedimientos administrativos para que sea incluido en el Programa regular de VIH y reciba tratamiento correspondiente de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana.

Cuadro 5.3.
Comportamiento sexual, información sobre prevención y acceso a pruebas de VIH en migrantes en tránsito en la frontera sur de México

	Migrantes en tránsito (MT)	
	Hombres (%)	Mujeres (%)
Comportamiento sexual:		
Uso de condón en última relación sexual[1]	47.5	24.8
Motivos más frecuentes para no usar condón[2]		
Confianza en la pareja	65.6	75.0
Desconocimiento	1.9	1.9
Pareja se niega	1.2	5.8
Otra[3]	25.3	12.6
Prevención y VIH/ITS:		
¿Cómo se evita el SIDA?		
Uso de condón	94.4	95.1
Aprendizaje en pláticas		
No sabía nada antes	4.9	14.1
Es importante realizarse prueba VIH	28.1	48.9
Prueba de VIH		
Se ha realizado la prueba de VIH (antes de encuesta)	52.9	82.0
Prueba de VIH después de la encuesta	94.0	29.4
Positivo	0.9	0.0
Negativo	98.0	100.0
Inválido	0.6	0.0
Prevención y VIH/ITS		
Uso de condón	94.4	95.1
Aprendizaje en pláticas		
No sabía nada antes	4.9	14.1
Es importante realizarse prueba	28.1	48.9
Ha recibido condones gratuitos	83.2	67.0
Prueba de VIH		
Se ha realizado la prueba de VIH (antes de encuesta)	52.9	82.0
Se ha realizado la prueba de VIH (después de encuesta)	94.0	29.4
Positivo	0.9	0.0
Negativo	98.0	100.0
Inválido	0.6	0.0

Fuente: Leyva, Quintino, Infante. Encuesta sobre Migración y Salud Sexual y Reproductiva en la frontera México-Guatemala, 2009-2010. Trabajadoras agrícolas migrantes, trabajadoras sexuales y migrantes en tránsito.

La documentación para ingresar al Programa de VIH y reciba el tratamiento antirretroviral es la siguiente:

- Credencial de Elector. En el caso de los migrantes, cualquier identificación que tenga su fotografía y nombre completo, expedida en el país de origen.
- Acta de Nacimiento. En el caso de los migrantes se tiene convenios con los consulados de los países centroamericanos para que extienda constancia de identidad de compatriota.
- Migrante Residente. Este mismo convenio se tiene con Instituto Nacional de Migración para que les extienda el FM2 (incorpora comprobante de domicilio).
- CURP. No se solicita a migrantes.
- Comprobante de Domicilio
- Afiliación a Seguro Popular (con documentación de FM2)
- Constancia de no Derecho-habiencia al IMSS, ISSSTE o ISSTECH
- Constancia de Escasos Recursos, del DIF Municipal

Para los casos en que el migrante toma la decisión de regresar a su país, se hace la referencia al Programa Nacional en su país de origen, incorporando la información clínica y de laboratorio, así como el manejo profiláctico de infecciones oportunistas, si lo hubiera. Si el migrante decide continuar con su tránsito por México, se refuerza la consejería, se entregan condones y se realiza el manejo profiláctico de ITS, en su caso y de las infecciones oportunistas que se hayan detectado.

Una de las limitaciones de este proceso es el tiempo que tarda el migrante que ha resultado reactivo a una prueba rápida en obtener el resultado confirmatorio a través de una prueba Western Blot y las determinaciones de carga viral y CD4. Estos procesos pueden tomar hasta un mes, por lo que muchas veces el migrante no espera a obtener los resultados y tomar la decisión más informada para retornar, continuar el viaje o quedarse a recibir el tratamiento correspondiente.

Discriminación

De acuerdo con los datos de la Encuesta más del 20% de los migrantes han sido discriminados por ser migrantes y no tener dinero. La mayoría de los eventos de discriminación los relacionan con la policía local y personal de migración. Al ser las autoridades los principales actores que vulneran los de-

rechos de los migrantes, podemos explicarnos el escaso uso que hacen de los servicios, así como las pocas denuncias que realizan ante autoridades en casos de violación de sus derechos. De acuerdo con datos de la encuesta, sólo el 12% ha presentado algún tipo de denuncia.

Atención del embarazo y anticoncepción

Este es uno de los temas relevantes para el modelo de atención, debido a las condiciones de vulnerabilidad que en que viven las mujeres migrantes en tránsito por México, en función de la violencia basada en género. Del total de mujeres entrevistadas, 5.8% estaba embarazada, y 87.6% utilizaba algún método anticonceptivo (Cuadro 5.4.), esto posiblemente como una medida preventiva ante la elevada probabilidad de tener relaciones sexuales transaccionales o de sobrevivencia (con transportistas, población y autoridades locales, migrantes, entre otras potenciales parejas ocasionales) que se asumen como parte de los procesos del tránsito o ante posibles eventos de violencia sexual.[13,14]

Cuadro 5.4.
Embarazo y anticoncepción en migrantes en tránsito en la frontera sur de México

	Migrantes en tránsito (MT)	
	Hombres (%)	Mujeres (%)
Embarazo y aborto		
Embarazada o con pareja embarazada	3.2	5.8
Embarazos (media)		2.4
Abortos (media)		1.2
Anticoncepción[1,2]		
Uso de anticonceptivos	22.8	87.6
Método que utiliza:		
Pastillas e inyecciones	38.1	42.4
Condón masculino	26.0	76.1
Diu	2.8	4.3
Salpingoclasia	28.2	26.1
Otro[3]	8.2	0.0

1 Los informantes pudieron reportar el uso de más de un método anticonceptivo.
2 El uso de anticonceptivos femeninos en hombres (diu, pastillas, inyecciones, diafragma, ritmo, condón femenino y salpingoclasia) corresponden al que tienen con su pareja
3 Diafragma, retiro, ritmo, condón femenino y vasectomía
Fuente: Leyva, Quintino, Infante. Encuesta sobre Migración y Salud Sexual y Reproductiva de migrantes en tránsito en la frontera México-Guatemala, 2009-2010.

En relación al tipo de método empleado, predomina el uso de condón masculino, los métodos hormonales y un alto porcentaje de ellas (26.1%) mencionó que había sido "operada" (salpingoclasia). En el caso de los hombres se preguntó sobre la situación de embarazo y uso de anticonceptivo por su pareja en el lugar de origen. El 3.2% contestó que su pareja estaba embarazada. Respecto al uso de anticonceptivo, el método que predomina son los hormonales (orales e inyectables), 28.2% reportó que su pareja ya había sido "operada" (salpingoclasia), una baja proporción reportó el uso de DIU. Se constata el bajo uso de condón con la pareja regular, sólo 26% respondió utilizar este método.

Otro dato importante a destacar es que el 85% de las mujeres han estado embarazadas al menos una vez, y el 81% tienen hijos, que en la mayor de las veces se quedan en el lugar de origen. Esto tiene implicaciones importantes en la conformación familiar y en temas de salud mental tanto para los hijos que se quedan como para las madres migrantes. La salud mental representa una de las necesidades emergentes que requieren ser incorporadas como parte del modelo de atención a los migrantes en tránsito, con especial interés en las mujeres.

Violencia, promoción y defensoría de derechos

Como parte de los resultados de la Encuesta se han identificado diferentes tipos de agresiones de que son objeto los migrantes en su tránsito por México. De acuerdo con los datos de la Encuesta, cerca del 30% de los migrantes reportaron haber sufrido algún tipo de violencia (Cuadro 5.5.). Sin embargo, la distribución de los tipos de violencia muestra importantes diferencias entre hombres y mujeres. La violencia sexual se concentra claramente en las mujeres, lo que evidencia la persistencia de la inequidad y de la violencia basada en género, que se agrava y acentúa en procesos como el migratorio. De acuerdo con los datos, 28.2% han tenido algún tipo de relaciones sexuales a cambio de bienes o servicios (transporte, alimentación, protección, entre otras) o dinero; y 8.3% reportan haber tenido relacionadas sexuales en contra de su voluntad ("forzado"). No hay diferencia en la frecuencia violencia física entre hombres y mujeres, y en la psicológica se distribuye de forma desigual.

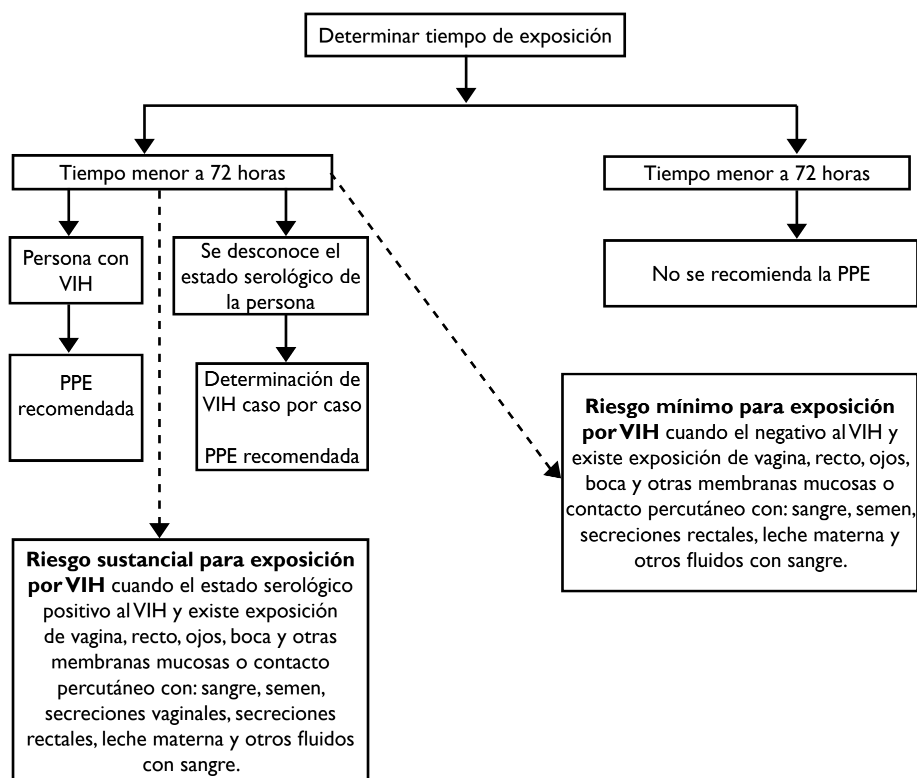
Cuadro 5.5.
Violencia psicológica, física y sexual en migrantes en tránsito en la frontera sur de México

	Migrantes en tránsito (MT)	
	Hombres (%)	Mujeres (%)
Tipo de Violencia[1]		
Psicológica		
Menosprecio, humillaciones públicas	15.1	29.1
Amenazas de lesiones	27.3	20.4
Control de actividades, dinero y tiempo	7.7	11.7
Física		
Heridas, lesiones, fracturas	16.6	16.0
Sexual		
Manoseo, tocamiento	2.1	9.2
Sexo forzado	1.4	8.3
Sexo a cambio de bienes (dinero, protección, etc.)	0.9	28.2

1 La pregunta para migrantes en tránsito correspondió al viaje actual
Fuente: Leyva, Quintino, Infante. Encuesta sobre Migración y Salud Sexual y Reproductiva de migrantes en tránsito en la frontera México-Guatemala, 2009-2010.

La atención de los casos de violencia sexual (como urgencia médica) y de los de violencia basada en género busca, entre otros aspectos, disminuir el riesgo de la transmisión del VIH y otras ITS, reducir embarazos no deseados y brindar apoyo psicosocial y legal a través del acceso oportuno a los servicios de salud y de justicia. La evidencia científica respalda que la profilaxis post exposición (PPE) puede ser de utilidad si es administrada antes de las 72 horas posteriores al evento de riesgo (Figura 5.3.). De esta forma, la identificación oportuna de las personas violentadas representa uno de los aspectos centrales para la respuesta efectiva. Hasta ahora, se ha iniciado una campaña de difusión sobre el tema en la Casa, como parte de la información sobre SSR, con el fin de que se inicie la búsqueda oportuna de atención. En la Casa de Tapachula, la atención de los casos de violencia sexual se encuentra asegurada por la disponibilidad del personal médico capacitado, así como de los insumos sanitarios (Kit para atención de violencia sexual). Algunos casos han sido identificados por el médico de la Casa en el momento de la consulta o por la persona responsable de trabajo social.

Figura 5.3.
Flujograma de atención profilaxis post exposición (PPE) al VIH.



Fuente: Proyecto Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos de Migrantes en la Frontera México-Guatemala, 2010.

Para el buen funcionamiento de este modelo de atención es necesario mejorar los procedimientos de cooperación entre instituciones sociales, de salud y de justicia, con el fin de contar con una respuesta a la urgencia y gravedad de la situación que viven las personas afectadas. Para la mejora de los procedimientos de coordinación interinstitucional y de atención en salud de las personas afectadas, el Proyecto contó con la asistencia técnica de la Clínica de Especialidades La Condesa, del Programa de VIH de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México, misma que ha desarrollado una estrategia exitosa para la atención de la violencia sexual. Ésta consiste en un convenio de colaboración entre los Ministerios Públicos (unidad administrativa de justicia) y la Clínica de Especialidades La Condesa para la identificación oportuna de personas que han sufrido alguna violación sexual y que acuden

al Ministerio Público a presentar una demanda judicial. La necesidad de este convenio tiene múltiples justificaciones, pero quizá la más relevante para el tema de atención a la salud es el hecho que la violencia sexual (violación) se percibe por la población como un problema judicial y no de salud. De esta forma, el primer punto es la búsqueda de justicia y posteriormente se atenderán las demás consecuencias, incluyendo las de salud. Los Ministerios Públicos han sido capacitados para la atención de la urgencia médica y la referencia a la unidad de salud para su atención. Para ello, se ha diseñado un instrumento operativo ("pastilleros", tarjeta de referencia con información clave sobre los medicamentos y ubicación y contacto con los servicios de salud disponibles) que son entregados a las personas violentadas que acuden al Ministerio Público en las primeras 72 horas posteriores al evento; los pastilleros incluyen las primeras dosis de antirretroviral y anticoncepción de emergencia. En el caso de la atención a poblaciones móviles esto representa un reto adicional ya que generalmente los migrantes no acuden a los servicios médicos por el miedo a ser deportados debido a su estatus indocumentado, o bien, por desconocimiento de la ubicación y disponibilidad de los servicios de salud y de sus derechos. Otro problema que implica el tratamiento post exposición al VIH es la duración del tratamiento, por 28 días, lo que implica problemas de seguimiento y adherencia al tratamiento. Sin embargo, existe la voluntad política de los países y los estados fronterizos de hacer accesibles los servicios de salud para los diferentes grupos de población móvil y en las rutas de migración.

Algunas de las líneas estratégicas de acción propuestas son:

- Registro de los casos de violencia sexual.
- Estimación del número de personas que pudieran requerir acciones para mitigar los daños secundarios a la post exposición al VIH y por violación sexual.
- Capacitación y sensibilización de prestadores de servicios de salud y procuradores de justicia en estos temas.
- Tener disponibles medicamentos antirretrovirales, para infecciones de transmisión sexual y anticonceptivos de emergencia.
- Disponibilidad de pruebas rápidas de detección de VIH.
- Enlace interinstitucional.
- Difusión de los servicios de las unidades médicas.
- Programa de referencia y contrarreferencia entre fronteras.

Sin duda alguna, el tema de derechos humanos y la asistencia jurídico-legal para el acompañamiento de las personas afectadas representa uno de los mayores retos, toda vez que se requiere de contar con una representación legal que no siempre se encuentra disponible ni accesible para los migrantes en tránsito, cuyo propósito central es lograr cruzar la frontera mexicana y no quedarse a establecer un litigio legal.

Conclusiones

La Casa del Migrante de Tapachula, Chiapas, ha logrado constituirse en un espacio de alta capacidad de respuesta social y en materia de salud para la atención a las necesidades de los migrantes en tránsito. Para ello, se ha requerido desarrollar un trabajo colaborativo con las instituciones gubernamentales de salud y de la sociedad civil. Esta capacidad de respuesta representa una de las escasas opciones de atención integral en salud para migrantes en tránsito por México, la cual es altamente valorada en situaciones de crisis social y de seguridad como la que actualmente se vive en el país. La red social para la atención de la migración en la frontera sur de México, de la cual la Casa del Migrante de Tapachula forma parte, constituye el mecanismo de sustentabilidad del modelo de atención en salud. La colaboración con la Jurisdicción Sanitaria VII ha permitido institucionalizar la respuesta en los temas de VIH y violencia sexual. Hasta ahora, no se ha registrado ningún parto de alguna mujer migrante en tránsito; sin embargo, se cuenta con el apoyo institucional para su atención. Las mujeres migrantes embarazadas encuentran en el servicio médico de la Casa respuesta a sus necesidades de salud, así como información valiosa para la toma de decisiones ante situaciones que pongan en riesgo el embarazo durante su tránsito por México.

La información generada y sistematizada durante casi una década en la Casa del Migrante de Tapachula se ha constituido en uno de los insumos para la formulación de políticas y estrategias de atención a la salud que han servido de referencia para su replicación en otras estaciones de tránsito en México. En el 2010, con el apoyo financiero de la Fundación Ford se logró replicar el modelo de atención en la Casa del Migrante de Tecún Umán en Guatemala; Arriaga, Chiapas; Ixtepec, Oaxaca; San Luis Potosí, SLP; Saltillo, Coahuila, y Tijuana, Baja California Norte, México; además continuar con actividades en Nuevo Laredo. Un elemento central de este modelo es que está basado en marcos legales que protegen a migrantes en México y garantizan su derecho a la atención en salud y el respeto a sus DH y derechos sexuales y reproductivos.

El modelo aquí propuesto es reactivo, es decir busca responder a los efectos de la migración en tránsito sobre la salud (prevención de riesgos y atención de daños en salud) en un contexto de vulnerabilidad social. Su escalamiento hacia otras estaciones de tránsito en México representa parte de los retos de gestión en los próximos años y dependerá de la sensibilidad política del nuevo gobierno a partir del 2012. El desarrollo y funcionalidad del modelo de atención a la salud se encuentra sistematizado y evaluado; responde a las necesidades sociales y de salud de los migrantes en tránsito y se ha documentado como una estrategia exitosa, factible de replicar y escalar en otras estaciones de tránsito en México y en América Latina. Actualmente el modelo ha servido al Fondo de Población de las Naciones Unidas como referencia para el desarrollo de estrategias fronterizas dirigidas a mejorar la SSR de migrantes en las fronteras de Nicaragua-Costa Rica, Ecuador-Colombia y Haití-República Dominicana. El intercambio de experiencias exitosas a través de mecanismos de cooperación sur-sur representa una posibilidad para legitimar la necesidad de estructurar respuestas específicas ante necesidades generales de salud relacionadas con los procesos de movilidad poblacional y migración internacional.

Referencias

1. Ratha D., Xu Z. Migration and Remittances Factbook. Washington DC: World Bank [Banco Mundial], 2008, p. 6.
2. Hoefer, M., Rytina, N. and Baker, B. 2010. Estimates of the unauthorized immigrant population residing in the United States: January 2009, Washington, DC: Office of Immigration Statistics [Oficina de Estadísticas Migatorias].
3. Informe Especial sobre Secuestro de Migrantes en México. 2011. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Disponible en: http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/informes/especiales/2011_secmigrantes.pdf Acceso el 23 de septiembre del 2011.
4. Jorge Durand. 2011. Migración Internacional y Políticas Públicas: inercias y nuevos desafíos. En: Migraciones y Fronteras. Revista de la Universidad Iberoamericana IBERO, Número 14; 4-6.
5. Amnistía Internacional. Víctimas invisibles: Migrantes en movimiento en México. EDAI. Barcelona: Amnistía Internacional, 2010.
6. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Registro Nacional de Agresiones a los Migrantes. México, D. F.: Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2009.

7. Caballero M., Leyva R., Ochoa-Marín S., Zarco A., Guerrero C. Las mujeres que se quedan: migración e implicación en los procesos de búsqueda de atención de servicios de salud. Cuernavaca: Salud Pública de México, 2008; 50(3): 241-250.
8. Leyva R., Quintino F., Infante C., Caballero M. Migración Internacional y VIH/SIDA en México. En: Leite P., Giorguli S., eds. El estado de la migración. Las políticas públicas de la migración mexicana a Estados Unidos. México, D. F.: CONAPO, 2009:249-264.
9. Infante C., Aggleton P., Pridmore P. Forms and determinants of migration and HIV/AIDS- related stigma on the Mexican-Guatemalan Border. Qualitative Health Research 2009:19(12):1656-1668.
10. Ley de Migración. Nueva Ley DOF25-05-2011. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Secretaría General, Secretaria de Servicios Parlamentarios. Dirección General de Servicios de documentación, información y análisis. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LMigra.pdf
Consultado el 23 de septiembre del 2011.
11. Leyva R., Quintino F. Diseño, implementación y evaluación de un sistema de atención integral de VIH/SIDA en poblaciones móviles y migrantes en la frontera México-Guatemala. Informe Técnico Final. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2007.
12. Leyva R, Quintino F, Infante C, Rigoni F, Edelman D. Modelo de prevención de VIH/SIDA/ITS para la población migrante en la frontera México-Guatemala. Informe técnico final. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2008.
13. Bronfman M, Leyva-Flores R, Negroni F, Caballero M, Infante-Xibillé C, Cuadra SM. 2003. Acción, género y SIDA: contextos de vulnerabilidad. Género Salud y Cifras; 1(3):8-12.
14. Leyva, R., Quintino F., Caballero, M., Infante, C. 2010. Migración internacional y VIH/SIDA en México. En: Dimensiones sociales de la migración con perspectiva binacional (Ed. Leyte P). CONAPO; 249-263.

Capítulo VI.
Trabajadoras sexuales en la frontera México-Guatemala: vulnerabilidad y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva

Frida Quintino, René Leyva, Francisco Chong, Rosemberg López, Nelly Gómez y Paola Alcalá

Introducción

Desde los años 80, se ha hecho más visible el vínculo histórico que se establece entre la movilidad poblacional y el trabajo sexual. El mercado sexual ha sido reconocido como un sector de actividad económica que cuenta con una importante presencia de trabajadoras(es) migrantes, destacando en este proceso la participación de la fuerza de trabajo de las mujeres.[1,2]

Los puertos y fronteras son regiones donde se ha hecho más visible la reactivación de la migración laboral vinculada al trabajo sexual, dinámica que se desarrolla en un ambiente de escaso soporte social, alto riesgo y ausencia de derechos de las mujeres.[3,4] Las condiciones sociales y económicas de las fronteras, las adversidades que ocurren en los procesos migratorios, la propia dinámica del comercio sexual, así como algunas de las formas de respuesta social ante este fenómeno, contribuyen a la configuración de contextos de vulnerabilidad social y de salud que afectan de manera especial a este grupo de población.

En las comunidades de la frontera México-Guatemala, se encuentra ampliamente documentado que las mujeres trabajadoras sexuales (MTS) constituyen un grupo móvil especialmente vulnerable por su condición de desprotección frente a potenciales daños a la salud, por los obstáculos socioculturales, jurídicos y económicos para la satisfacción de sus necesidades básicas y por la falta de respeto de sus derechos humanos.[3,5]

En su mayoría este grupo está integrado por mujeres que provienen de los diferentes países de Centroamérica, aunque también tienen una presencia relevante las trabajadoras sexuales mexicanas que están inmersas en los circuitos de movilidad interna que se generan en las localidades fronterizas.

El reconocimiento de la vulnerabilidad que enfrentan las MTS en la frontera sur, ha planteado la necesidad de desarrollar estrategias dirigidas a facilitar el acceso a recursos de promoción y atención a su salud. Dichas estrategias, originalmente, formaban parte de la respuesta local y regional que se ha implementado para la prevención y control del VIH/SIDA y otras ITS. Sin embargo, desde el año 2009, se propuso ampliar la cobertura más allá de

la prevención y atención de estas infecciones y abordar desde una perspectiva integral la promoción del respeto a sus derechos sexuales y reproductivos (DSR).

En el marco del Proyecto impulsado por el INSP, el UNFPA y las organizaciones locales (2009-2011), se desarrolló un modelo de atención que buscó contribuir a la reducción de las condiciones de vulnerabilidad social y de salud que enfrentan las MTS, a través de la implementación de estrategias orientadas a la promoción de derechos, la prevención de riesgos y la atención de necesidades de salud sexual y reproductiva (SSR). Las actividades se focalizaron en las siguientes áreas básicas de atención: prevención del VIH/SIDA/ITS, anticoncepción, atención del embarazo y de la violencia basada en el género (VBG), con especial atención de la violencia sexual.

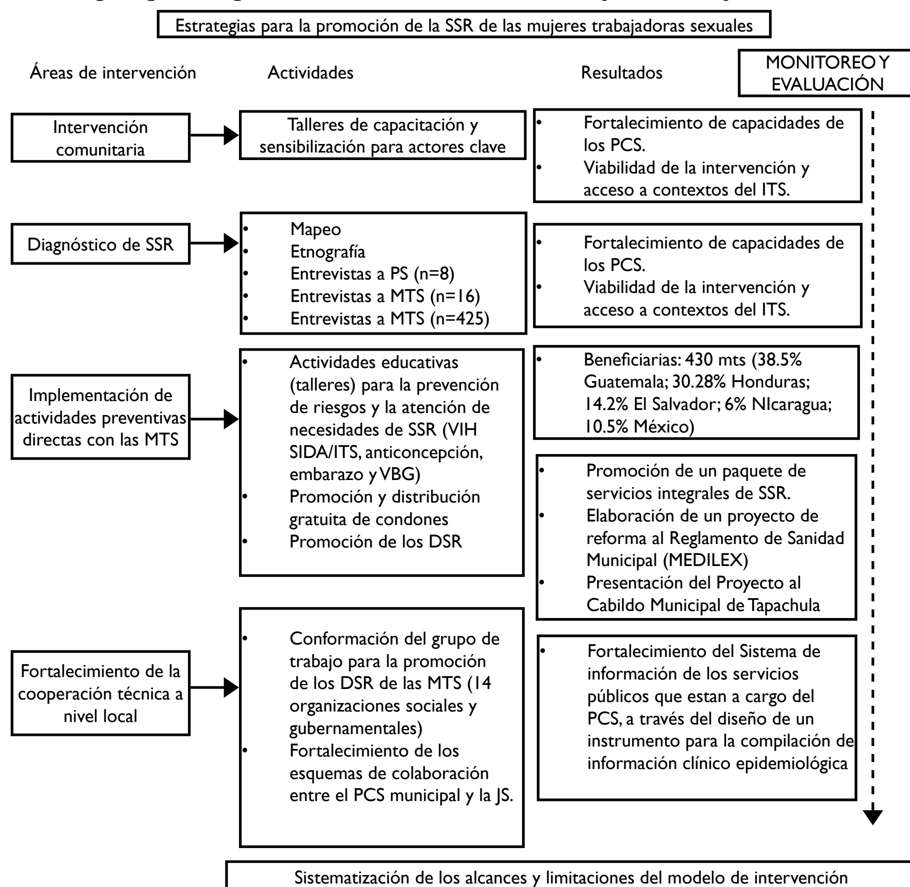
En este capítulo se presentan los resultados más relevantes de las intervenciones desarrolladas en los contextos del trabajo sexual de la frontera México-Guatemala. En primer lugar, se describe el diseño metodológico de la intervención que se implementó en el marco de la estrategia regional de cooperación técnica horizontal Sur-Sur. En segundo lugar, se analiza el perfil socio-demográfico y de SSR de las MTS mexicanas y extranjeras que confluyen en la frontera, utilizando la información de la encuesta y del diagnóstico de salud elaborados en la primera fase del Proyecto, 2009. Por último, se presentan los resultados más relevantes de las estrategias de promoción de los DSR y de atención a las necesidades de SSR, implementadas en la segunda fase de la intervención, en 2010.

Metodología

Para desarrollar el modelo de atención se contó con el apoyo de la organización Una Mano Amiga en la Lucha contra el SIDA (UMA), quien trabajó de manera coordinada con el Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA/ITS de la Jurisdicción Sanitaria VII (PVIH-JS). Durante más de 10 años, ambas organizaciones han desarrollado un esquema de colaboración sobre el cual se basó la intervención focalizada en las trabajadoras sexuales.

Tal como se muestra en la Figura 6.1, el modelo orientado a la promoción de la SSR de esta población está constituido por cuatro áreas de intervención: estrategia de participación comunitaria orientada a la sensibilización de actores clave relacionados con el tema del trabajo sexual; elaboración de un diagnóstico de SSR en la población de MTS que confluyen en la región fronteriza; implementación de estrategias de promoción de la SSR con MTS; y la revisión jurídico-legal del Reglamento de Sanidad Municipal, principal instrumento de regulación de las condiciones de acceso a servicios de salud para este grupo de población.

Figura 6.1.
Estrategias para la promoción de la SSR de las mujeres trabajadoras sexuales



Sensibilización de actores clave. La estrategia buscó establecer contactos y formas de comunicación para articular una red funcional con la participación de actores políticos y de salud relevantes para la sostenibilidad de actividades relacionadas con la promoción de los DSR de las MTS. Estas actividades se iniciaron en 2009, a través de una estrategia de participación comunitaria que fue implementada en cuatro localidades: tres rurales (Huixtla, Cacahoatán y Puerto Madero) y una urbana (Ciudad de Tapachula), ubicadas en la región fronteriza de Chiapas. En estos contextos, se pusieron en marcha acciones de sensibilización y capacitación de los actores locales que están directamente involucrados en la temática, ya sea porque prestan algún servicio o asistencia a las MTS o porque laboran en los espacios donde se oferta/demanda el trabajo sexual.

Las acciones se llevaron a cabo mediante una estrategia de talleres en los que participaron profesionales de la salud y actores clave. En los talleres se abordó el tema de las condiciones de vida y salud de las MTS, poniendo énfasis en las consecuencias adversas que tienen el estigma y la discriminación, las inequidades y la violencia de género. Asimismo, se posicionó el tema de la defensa y ejercicio de los derechos de las mujeres asociados a su autodeterminación reproductiva, corporal y sexual, poniendo énfasis en la condición esencial que tiene el acceso a servicios de calidad para la prevención de riesgos y la atención de necesidades de SSR. De igual manera, se promovió la reflexión crítica sobre las fortalezas y debilidades de los servicios de salud que brindan atención a las MTS.

Diagnóstico de salud de MTS. La intervención comunitaria no sólo facilitó el acceso a los diferentes contextos de trabajo sexual en la región fronteriza, sino se constituyó en la puerta de entrada para elaborar el diagnóstico de SSR. El diagnóstico se elaboró mediante la aplicación de procedimientos cuantitativos y cualitativos que se describen a continuación:

- Estudio etnográfico en diversos espacios donde confluyen las MTS, tales como los servicios municipales de salud, los centros laborales ubicados en las zonas de tolerancia y en otros lugares públicos donde se oferta y demandan los servicios sexuales. Estas técnicas permitieron identificar y analizar las características organizativas y la dinámica interaccional que tiene lugar en los contextos del trabajo sexual.
- Encuesta sobre migración, trabajo sexual y SSR (2009-2010). Se realizó una encuesta a una muestra no aleatoria de 425 mujeres mexicanas y extranjeras, mayores de edad, que ejercían el trabajo sexual en las comunidades fronterizas seleccionadas. Los datos obtenidos a través de la encuesta se capturaron y codificaron en la máscara diseñada en el Programa FoxPro; posteriormente se exploró y depuró para realizar un análisis descriptivo con aplicación de programa SPSS vs. 17.
- Entrevistas semi-estructuradas. Durante 2010, se aplicaron 16 entrevistas en profundidad a MTS mexicanas (7) y extranjeras (9); y 5 entrevistas a representantes y personal de salud. Las entrevistas fueron de carácter semi-estructurado, para su aplicación se tomó como referencia la Guía de entrevista de actores clave y la Guía de entrevista de trabajadoras sexuales elaboradas por el Proyecto. Todas las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas para su análisis.

Para la aplicación de la encuesta y entrevistas se obtuvo el consentimiento informado de las participantes y se siguieron las normas establecidas por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Salud Pública para asegurar

el respeto a los derechos, la confidencialidad y la privacidad de las informantes. Las metodologías empleadas permitieron generar información sobre las condiciones y los factores asociados a la vulnerabilidad social y de salud que presentan las MTS, así como identificar las necesidades de salud.

Diseño e implementación de estrategias preventivas. La información obtenida en el diagnóstico fue aplicada para el diseño e implementación de estrategias orientadas a la prevención de riesgos y la atención de necesidades de SSR de las MTS. En el segundo semestre de 2009, Una Mano Amiga, A.C. desarrolló actividades de sensibilización y comunicación a través de talleres y pláticas donde se difundió información básica sobre los temas eje del Proyecto, incluyendo demostraciones para el uso adecuado del condón y su distribución gratuita.

Consolidación de alianzas y proyecto de reforma. En el mismo periodo, el INSP y el PVIH-JS organizaron dos talleres de capacitación sobre Migración y SSR, en donde participaron los profesionales de los servicios municipales de salud, instancia responsable de brindar atención médica a las MTS. Como resultado se fortalecieron las alianzas locales entre las organizaciones de la sociedad civil, la Jurisdicción Sanitaria VII, los servicios municipales de salud, las instancias de derechos humanos, MEDILEX (asesoría médico legal), el INSP y el UNFPA. Este grupo de trabajo multisectorial participó en la revisión del marco jurídico relacionado con el tema de salud y trabajo sexual. La estrategia tuvo el propósito de incidir en el plano estructural a través de la formulación de un proyecto de reforma de los instrumentos que regulan las condiciones de acceso a los servicios de salud para las MTS. Los resultados más relevantes de esta iniciativa multisectorial se describen en el Capítulo VII de este libro.

Las estrategias fueron sistematizadas como parte del sistema de registro de información que permitió monitorear y evaluar el alcance de la intervención y cuyos resultados se presentan en el siguiente apartado.

Resultados del modelo de promoción de la SSR de las MTS

A continuación se presentan algunos de los principales resultados de la estrategia, agrupados en las siguientes apartados: diagnóstico de necesidades de SSR de las MTS; características de los servicios de salud para MTS; y alcances y retos del modelo de provisión de servicios de prevención y atención integral de la SSR para las MTS, propuesto en el marco de la iniciativa.

Diagnóstico de SSR de las MTS en la frontera sur de Chiapas, México

En las comunidades fronterizas de Soconusco, no se cuenta con datos precisos del número de mujeres en trabajo sexual; sin embargo, las organizaciones locales señalan que Tapachula, concentra el mayor número de MTS en la región, lo cual se encuentra asociado a la importancia demográfica y económica de esta ciudad en la frontera. La dinámica del comercio sexual en esta ciudad ha cambiado en los últimos diez años, mostrando diferencias que se expresan en las modalidades de ejercicio de la actividad, en la diversificación de las rutas y de los espacios donde se oferta y demanda el comercio sexual.

Al igual que en otras regiones del país, el trabajo sexual en Tapachula se ejerce en dos ámbitos: de forma "reconocida y regulada" por las autoridades municipales y de salud; y en la modalidad "no regulada", llamada así porque no cumple con los requerimientos municipales. La modalidad regulada, tradicionalmente se ha desarrollado en las zonas de tolerancia y la no regulada en sitios informales y lugares públicos.

Desde hace más de 17 años, en Tapachula existe una zona de tolerancia para el trabajo sexual ("Las Huacas"). Ésta se ubica en una de las siete regiones consideradas como de más alta marginalidad y vulnerabilidad de la ciudad.[6] Pero, el ejercicio de esta actividad ha rebasado los límites territoriales establecidos por las autoridades locales, y actualmente opera en numerosos establecimientos que se ubican en diferentes puntos de la ciudad.

En general, las MTS están inmersas en las rutas de movilidad existentes en la región, las cuales implican el desplazamiento de Tapachula hacia otras comunidades fronterizas como Cacahoatán, Huixtla, Puerto Madero y Ciudad Hidalgo, Chiapas. En estos contextos también existen zonas de tolerancia y otros sitios informales de contacto donde el trabajo sexual está orientado a satisfacer la demanda de un grupo heterogéneo de clientes para los cuales las MTS manejan diversos costos y servicios.

Características socio-demográficas de las MTS

En las comunidades fronterizas seleccionadas, se aplicó una encuesta a 425 MTS, de las cuales 134 son mujeres mexicanas (31.5%) y 291 extranjeras (68.5%). Las mujeres mexicanas son originarias de otras localidades fronterizas o habían nacido en otro estado; la mayor parte de las extranjeras provenían de alguno de los países de Centroamérica (39% Honduras, 38% Guatemala, 16% El Salvador, 5% Nicaragua y 1% Panamá), y siete de cada diez se encontraban en una situación migratoria indocumentada.

En el Cuadro 6.1. se presenta el perfil socio-demográfico de ambos grupos. El rango de edad de las MTS osciló entre los 18-59 años, con una media de 28.3 años. En la distribución por grupos de edad predominan las mujeres de 20 a 34 años, que en suma representan el 71.5% del total. Alrededor del 30% de las MTS están casadas o vive en unión libre, pero en su mayoría son mujeres solteras o están separadas. El 78% de las mexicanas y el 69.4% de las extranjeras tienen hijos.

La mayor parte cuenta con la educación básica (75%), con una media de 7 años de escolaridad. La trayectoria laboral de las mujeres inicia con trabajos precarios en sus comunidades de origen, lo cual las conduce a migrar. En el nuevo contexto, las mujeres se enfrentan a las exigencias de un mercado laboral altamente estratificado, donde el trabajo sexual se configura en una de las pocas opciones para las mujeres de escasos recursos, con bajos niveles de escolaridad y con una condición migratoria indocumentada. Las mujeres mexicanas que participaron en la encuesta reportaron haber iniciado el trabajo sexual alrededor de los 26 años; y las extranjeras a los 24 años.

Antecedentes gineco-obstétricos, embarazo y anticoncepción

En su mayoría, las MTS están de acuerdo en los siguientes aspectos vinculados con los derechos sexuales y reproductivos: "que tanto hombres como mujeres puedan decidir cuándo y cuántos hijos tener", "que haya acceso a servicios de salud, a educación sexual y a métodos anticonceptivos de forma gratuita" (99% mexicanas y 98% extranjeras). Sin embargo, los datos muestran que hay un vacío en las capacidades y recursos individuales para la atención de necesidades de SSR, así como dificultades estructurales para el ejercicio de los DSR.

La mayoría de las MTS mexicanas (78%) y extranjeras (70%) dijeron haber estado embarazadas alguna vez. Entre las primeras, se estimó un promedio de 2.8 hijos por mujer, lo cual corresponde con los niveles actuales de fecundidad en Chiapas, entidad que ocupa el tercer lugar con la tasa global (2. 94 hijos) más alta del país.[7] Por su parte, las MTS extranjeras presentaron un promedio de 2.2 hijos, con una media de 2.3 partos, 1.3 cesáreas y 1.1 abortos. El 80% de las MTS son madres solteras y sus hijos(as) dependen económicamente de ellas. La mayor parte de las mexicanas vive con sus hijos y pagan para que alguien se los cuide mientras ellas trabajan; y las centroamericanas tienden a dejar a sus hijos en la comunidad de origen a cargo de algún familiar.

El 60% de las MTS refirió estar utilizando algún método anticonceptivo actualmente. La obstrucción tubaria bilateral (OTB) y el dispositivo intrauterino (DIU) constituyen los métodos más utilizados por la población femenina en Chiapas.[7] Sin embargo, entre las MTS se identificó que el condón masculino fue el método más utilizado (87.8%), seguido por las inyecciones (30.3%),

Cuadro 6.1.
Características socio-demográficas de las MTS mexicanas y extranjeras

Variable		Mexicanas		Extranjeras		Total	
		n=134	%	n=291	%	n=425	%
Edad							
Media		29.4		27.7			
Desviación estándar		8.1		6.9			
Rango		18-55		18-52			
Grupos de edad							
	18-19 años	9	6.7	32	11.0	41	9.6
	20-29 años	66	49.3	144	49.5	210	49.4
	30-39 años	44	32.8	99	34.0	143	33.6
	40-49 años	11	8.2	15	5.2	26	6.1
	50-59 años	4	3.0	1	0.3	5	1.2
Habla algún idioma indígena							
Sí		0	0	3	1	3	0.7
No		129	96.3	282	96.9	411	96.7
No responde		5	3.7	9	3.1	14	3.3
Escolaridad							
Con escolaridad		105	78.4	221	75.9	326	76.7
Sin escolaridad		29	21.6	70	24.1	99	23.3
Media (años)		6.8		6.4			
Desviación estándar		3		3			
Estado civil							
Soltera		53	39.6	157	54.3	210	49.9
Vive en unión libre		39	29.1	80	27.5	119	28
Separada		24	17.9	35	12.1	59	13.9
Viuda		7	5.2	5	1.7	12	2.8
Divorciada		6	4.5	6	2.2	12	2.8
Casada		5	3.7	6	2.2	11	2.6
Hijos							
Sí		104	77.6	202	69.4	306	72
No		30	24.6	76	26.1	106	24.9
Media		2.7		2.2			
Desviación estándar		1.6		1.2			
Rango		1 a 10		1 a 7			

Fuente: Encuesta sobre Migración y Salud Sexual y Reproductiva en la frontera México-Guatemala, 2009, 2o semestre de 2010

la salpingoclasia (16.1%), el DIU (10.2%) y las pastillas anticonceptivas (8.7%). Es relevante destacar que el 9.2% de las mexicanas y el 22% de las extranjeras mencionó que no utiliza estos métodos por desconocimiento. Considerando que la información sobre anticoncepción es en parte resultado de programas educativos y preventivos, se visibiliza la necesidad facilitar el acceso a servicios que informen y atiendan a las mujeres respetando su derecho a decidir y regular su fecundidad de forma segura y efectiva.

Del total de mujeres, dos mexicanas y siete extranjeras estaban embarazadas (2.1% del total), con un periodo gestacional promedio de 4.2 meses. En este caso, también es notable la escasa atención médica para el cuidado del embarazo. De las siete mujeres extranjeras embarazadas, sólo tres habían acudido a consulta para la atención prenatal, lo cual las coloca en mayor riesgo, sobre todo si se toma en cuenta que se encontraban laborando al momento de la aplicación de la encuesta y que la mitad de ellas refirió haber presentado sangrado y/o salida de líquido vaginal durante el embarazo.

Uso de condón

El 98% de las MTS que participaron en la encuesta identificaron al condón como el principal medio de prevención del VIH/ITS. De manera semejante a lo que ocurre en otras poblaciones en trabajo sexual, la información muestra la variabilidad en el uso del condón de acuerdo al tipo de pareja sexual: su utilización es consistente con los clientes y baja con la pareja estable o sentimental.[8, 9,10]

En todos los casos, la frecuencia en el uso del condón con los diferentes tipos de pareja sexual siempre fue mayor entre las MTS mexicanas (31% con pareja sentimental, 99.4% con cliente regular y 99% con cliente nuevo) que en las MTS extranjeras (20%, 97% y 98.5%, respectivamente). En ambos grupos, el principal motivo de no uso de condón fue la confianza en la fidelidad en la pareja estable, y en el caso de los clientes fue el mayor pago por los servicios sexuales. Así se muestra que, la necesidad económica, el factor confianza, las desigualdades de género y el limitado margen de negociación del uso de condón con la pareja estable continúan moldeando la mayor exposición de las mujeres al VIH/ITS.

Condiciones de vulnerabilidad: discriminación y violencia

La información muestra que la discriminación y la violencia son las problemáticas estructurales que determinan la construcción de contextos de vulnerabilidad social y de salud para este grupo de la población móvil. En la encuesta fue

mayor el porcentaje de las MTS extranjeras (34%) que reportó haber enfrentado algún tipo de discriminación respecto a las mexicanas (22.4%). Las normas socioculturales del sistema sexo-género y los estigmas que recaen sobre las personas que ejercen esta actividad constituyen el motivo de discriminación más frecuentemente reportado por las mujeres (49%).

El lugar de residencia (50%), la franja fronteriza (41%) y el ámbito laboral (33%) son los lugares donde las migrantes han enfrentado discriminación. Asimismo, las mujeres centroamericanas señalan a los vecinos y empleadores como los principales sujetos que ejercen la discriminación contra ellas, aunque frecuentemente mencionan las situaciones que son ejercidas por parte de policías y coyotes.

La información muestra que las MTS cotidianamente enfrentan las consecuencias de la violencia, así como la coerción, extorsión y maltrato (Cuadro 6.2.). Las diferentes manifestaciones de la violencia constituyen una problemática que afecta con mayor intensidad a las extranjeras. Aproximadamente siete de cada diez mujeres que reportaron haber sufrido una o más situaciones de violencia (psicológica, física y/o sexual) durante su trayecto o estancia en la frontera sur eran migrantes centroamericanas.

Para el ámbito de la SSR, es prioritario el abordaje de la violencia sexual, ya que este tipo de agresión tiene importantes consecuencias físicas, psicológicas y de salud para las personas que han sido víctimas en algún momento del proceso migratorio. En este sentido, se asume que la violencia sexual es un problema de derechos humanos y de salud pública, el cual incrementa el riesgo de ITS/VIH, y en el caso de las mujeres, de un embarazo forzado. La problemática de la violencia sexual que afecta a las MTS parece estar estrechamente vinculada con las dinámicas de sexo transaccional que se han configurado como parte de las violaciones sistemáticas a los derechos humanos de los migrantes en México.[11] Del total de mujeres que reportaron haberse visto obligadas a tener relaciones sexuales en el proceso migratorio, el 73.3% eran migrantes, lo cual caracteriza las condiciones de alta vulnerabilidad que enfrentan en su trayecto y estancia en la frontera sur.

Los datos de la encuesta muestran, al igual que otros estudios, que la desprotección jurídica, laboral y social, la violencia, el estigma y discriminación, el bajo nivel educativo, las características de la migración interna e internacional, así como los obstáculos estructurales para el acceso a los servicios de prevención y atención integral de la salud, reducen la capacidad y los recursos con los que cuentan las MTS para la prevención, manejo y la atención de las necesidades y problemas vinculados con la SSR.[12,13,14]

Cuadro 6.2.
Eventos de violencia contra las trabajadoras sexuales

	Mexicanas		Extranjeras		Total	
Variable	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Violencia psicológica						
Le han criticado, menospreciado	30	28.8	74	71.2	104	24.5
Le han amenazado con golpearlo(a) o usar algo en contra de usted	32	37.2	54	62.8	86	20.2
Le han controlado la mayor parte de su tiempo, actividades y dinero	5	31.3	11	68.8	16	3.8
Violencia física						
Le han golpeado provocándole moretones, fracturas, heridas u otras lesiones	31	34.1	60	65.9	91	21.4
Violencia sexual						
Le han forzado a tocamientos o manoseos sexuales en contra de su voluntad	15	36.6	26	63.4	41	9.6
Le han forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad	9	37.5	15	62.5	24	5.6
Durante su trayecto a la frontera, se ha visto obligada a tener relaciones sexuales a cambio de protección, vivienda o cualquier otro bien	36	26.7	99	73.3	135	31.8

*Una persona pudo haber reportado más de un tipo de violencia.
Fuente: Encuesta sobre Migración y Salud Sexual y Reproductiva en la frontera México-Guatemala, 2009, 2o semestre de 2010.

El control sanitario del trabajo sexual: el modelo tradicional

El diagnóstico elaborado por el Proyecto permitió caracterizar las iniciativas que han implementado las organizaciones gubernamentales involucradas en la atención de la salud de las MTS. Para ello, se analizó la información cualitativa obtenida mediante el estudio etnográfico y las entrevistas.

A diferencia de lo que ocurre en otras entidades fronterizas,[15,16] en el sur de Chiapas, el sistema de salud brinda la atención a MTS, independientemente de su condición migratoria. Tal como ocurre en otros municipios y entidades del país, en el Soconusco se ha conformado una respuesta institucional en salud que busca fortalecer los procesos de prevención del VIH/ITS a nivel comunitario mediante acciones de control sanitario del trabajo sexual.

Hasta el 2010, los servicios habían sido brindados a través de la Dirección de Salud Municipal, instancia responsable de la implementación de las acciones que conforman el denominado Programa de Control Sanitario (PCS). Éste se encuentra estructurado en tres componentes: la provisión de servicios de atención médica para el diagnóstico y tratamiento oportuno del VIH/ITS,

la vigilancia epidemiológica de estos problemas de salud y el control sanitario de los espacios donde se ejerce el trabajo sexual. A continuación se describen, a grandes rasgos, estos componentes.

Condiciones de la atención médica

Las unidades de salud incluidas en el estudio se ubican en las cabeceras municipales (Tapachula, Huixtla y Cacahoatán). Éstas presentan diferencias importantes en su capacidad instalada (recursos materiales y humanos) para brindar la atención en salud, en el costo de los servicios y en la demanda de atención (Cuadro 6.3.).

Aquellas MTS a las que se les diagnostica alguna ITS reciben prescripción médica, y los medicamentos deben ser adquiridos de forma directa en las farmacias privadas. De acuerdo con las indicaciones médicas, esta persona no debe ejercer el trabajo sexual durante un periodo específico, y como medida administrativa se procede a retirar la "Tarjeta Sanitaria". Este documento se utiliza como certificado de control de ITS y al mismo tiempo como regulador del trabajo sexual, el cual es emitido por la Dirección Municipal de Salud correspondiente. Hasta el momento del estudio, dicho documento no tenía validez fuera del municipio donde fue emitido, por lo cual, en caso de que la MTS cambie de lugar de trabajo tiene que recurrir a un nuevo examen para contar con la Tarjeta.

De esta forma, el esquema de atención que prevalece sigue abordando al trabajo sexual como una práctica de riesgo sanitario, y considera que las personas que ejercen esta actividad laboral, particularmente las MTS, están relacionadas con la transmisión del VIH y otras ITS. Desde esta perspectiva, las MTS son el objeto de las políticas de control, dejando de lado a los clientes como potenciales transmisores y replicadores de las infecciones.

La perspectiva de la regulación sanitaria expresa la vigencia de los enfoques reglamentaristas que han operado desde el siglo XIX.[17] Este enfoque ha sido cuestionado por los grupos defensores de los DSR, en un marco de lucha contra el estigma y discriminación. Estos actores sociales han buscado eliminar las medidas de la regulación sanitaria del trabajo sexual que en poco contribuyen a la prevención de la transmisión de las ITS y mucho menos en la promoción de la SSR de las mujeres en trabajo sexual.[18, 19]

No obstante, algunos estudios han documentado que, en contextos de alta desprotección social, la regulación sanitaria puede constituirse como un espacio institucional desde el cual se pueden definir programas de prevención y atención integral para las MTS.[15,16] Sin embargo, las acciones del PCS que corresponden al componente del sistema de atención médica, se han centrado

Cuadro 6.3.
Características de los servicios de control sanitario para las MTS en la frontera

	Huixtla	Cacahoatán	Tapachula
Ubicación de la Unidad de Salud	Casa de Salud Municipal	Consultorio de la Zona de Tolerancia "El Ranchón"	Consultorio cercano a la Zona de Tolerancia "Las Huacas"
Personal de salud	2 médicos	1 Médico ,1 Enfermera	2 Médicos, 1 Enfermera
No. de consultorios	2	1	2
Material ginecológico (desechable o reutilizable)	Desechables: gel y guantes Reutilizable: espejos vaginales	Todos los materiales son desechables	Todos los materiales son desechables
Promedio de personas registradas en el PCS	SD	36	600
Horario de atención	8:00- 16:00 hrs	10:00-13:00 hrs	08:00-13:00 hrs
Promedio de usuarias/día	SD	8	32-35 Personas
Tipo y costo de los exámenes clínicos.	Tipo de estudios: -Revisión Clínica (semanal): $50 -VIH,VDRL y exudado vaginal: SD	-Revisión Clínica: $95. - VDRL+ VIH: $150	-Revisión Clínica: $51.9 -VIH+VDRL: $259.7

Fuente: Proyecto Migración y Salud Sexual y Reproductiva en la frontera sur de México, INSP, 2010

en el control y diagnóstico de las ITS/VIH, restando importancia a la promoción de derechos y la atención de otras necesidades de SSR de las MTS.

Lo anterior se expresa, por ejemplo, en la falta de reconocimiento de la pertenencia social de las MTS como parte de otros grupos sociales. Ellas enfrentan limitaciones para acceder a los beneficios de programas gubernamentales de apoyo orientados a los sectores en condiciones de alta vulnerabilidad social. Asimismo, se observó que el PCS ha dejado de lado la promoción de otros DSR, particularmente, el derecho que tienen las mujeres a regular su fecundidad de forma segura y efectiva, a cursar un embarazo y parto sin riesgos, a prevenir y atender problemáticas que ponen en riesgo su salud e integridad personal (violencia), así como a tener acceso y demandar servicios de calidad y con oportunidad.

Perfil de las MTS inscritas en el Programa

Las mujeres mexicanas y extranjeras pueden ejercer de forma regulada y no regulada.[13] Sin embargo, en los últimos años se ha observado que la mayor parte de las MTS que laboran en establecimientos reconocidos y que están inscritas en el Programa de Regulación Sanitaria, corresponde a las mujeres

originarias de diferentes países de Centroamérica. Por su parte, las mexicanas han tendido a ofertar, cada vez más, los servicios sexuales de manera no regulada. Un profesional de los servicios municipales de salud describe el fenómeno de la siguiente manera:

> I: Pues en control tenemos a mujeres que vienen de Honduras, Salvador, Guatemala… vienen de todo lo que es Centroamérica…
> E: ¿Aquí existe el trabajo sexual clandestino?...
> I: En los últimos años se ha extendido (…) Nosotros creemos que son más las mexicanas que andan en calle, no están en las zonas de tolerancia ni en regulación sanitaria, trabajan en calle" (PS-01, Regulación Sanitaria).

La inserción en el trabajo sexual de forma regulada puede ser entendida como uno de los escasos recursos con los que cuentan las mujeres extranjeras para hacer frente a diversas situaciones de adversidad social. Desde la perspectiva de este grupo de trabajadoras, los establecimientos y las zonas de tolerancia representan espacios que pueden brindar "mayor seguridad" para las mujeres que ahí laboran. La percepción de seguridad se encuentra asociada a tres aspectos: al manejo más eficaz de las formas de coerción y violencia en lugares donde se cuenta con una red social; a una supuesta reducción del riesgo de deportación por parte de las autoridades de migración; y por último, a las facilidades de acceso a los servicios de prevención y atención de las ITS/VIH que brinda la regulación sanitaria:

> "Es mejor trabajar aquí y tener la tarjeta porque en la calle cualquiera me agarra digamos y me lleva a algún lugar y me puede hacer cualquier cosa mientras que aquí no (...) Además creo que es bueno que podamos ir a revisarnos con el médico para todo esto de las enfermedades que nos pueden pasar por nuestro trabajo " (MTS-15-Extranjera).

Por su parte, las mujeres mexicanas no reguladas argumentan que esta forma de ejercer el trabajo sexual les permite tener una mayor flexibilidad en sus horarios laborales, reducir el riesgo de alcoholismo y adicciones, así como tener un margen más amplio para seleccionar a clientes que no estén alcoholizados. Sin embargo, ellas reconocen que están más expuestas a situaciones de violencia y discriminación en comparación con las MTS reguladas. Asimismo, manifestaron mayores dificultades para acceder a servicios de prevención y atención del VIH/ITS. La siguiente opinión fue expresada por la mayor parte de las trabajadoras entrevistadas:

> I: Pues creo que sí es necesaria la tarjeta para mayor protección, para trabajar (…) también para ir al doctor y saber si están inflamados los ovarios, el SIDA, todo esto porque corremos riesgo. Pero no la tengo porque como trabajo en calle dicen que no podemos tenerlo.

Las mujeres expresaron cuestionamientos hacia la atención médica de la regulación sanitaria, relacionados con la distancia, horarios de atención y los costos de la revisión y exámenes clínicos. No obstante, tanto las MTS mexicanas como las extranjeras, reguladas y no reguladas, valoraron positivamente la tarjeta sanitara. Se identificó que este documento puede tener significados "protectivos", ya que desde su perspectiva les permite realizar su trabajo en condición de menor vulnerabilidad y acceder a servicios de atención médica que les permiten atender de manera oportuna alguna ITS.

Vigilancia epidemiológica

Otro componente del PCS corresponde a la vigilancia epidemiológica. El personal de salud entrevistado confirmó que en estas unidades se lleva un sistema de registro para las MTS, con el fin de contribuir a la generación de información epidemiológica. Sin embargo, con frecuencia los registros son manuales (libretas) y como consecuencia, la información permanece en los archivos y pierde su valor estratégico para la toma de decisiones. La alta movilidad poblacional que presentan las MTS también ha dificultado las acciones de vigilancia epidemiológica. Este factor no sólo implica un subregistro, sino propicia la pérdida de casos de usuarias reactivas a las pruebas diagnósticas de VIH/ITS dificultando el seguimiento y posible acceso a tratamiento antirretroviral de forma oportuna.

Control sanitario

Las actividades de control sanitario de los espacios y del personal que labora en el contexto del trabajo sexual constituyen el tercer componente del PCS. Las MTS tienden a diferenciar claramente estas acciones de aquellas que se vinculan con la provisión de servicios de salud. La regulación sanitaria es significada como parte de las normas que afirman el carácter prohibido del trabajo sexual y que han devenido en la acentuación de las medidas de vigilancia, control y sanción para quienes ejercen esta actividad:

> I: Las autoridades que hacen los operativos no escuchan, dicen "no, son prostitutas y ya". Para ellos, no valemos nada, no somos personas y no tenemos ningún derecho. (MTS-Extranjera-05).

Estas acciones juegan un papel importante en la configuración de las condiciones de vulnerabilidad en las que se ejerce el trabajo sexual. Por ello, se debe considerar que la intensificación de las medidas de vigilancia y la implementación de sanciones para las MTS sin tarjeta sanitaria actualizada, busca motivar el ejercicio del trabajo sexual de forma regulada. Sin embargo, estas acciones acompañadas de la intensificación de los operativos de seguridad pública, pueden tener el efecto contrario, e incluso constituirse en uno de los motivos por los que las MTS se están insertando cada vez más en centros de trabajo clandestinos o en la vía pública, lo cual incrementa su exposición a situaciones de violencia, abuso y extorsión, e impone mayores dificultades para el acceso servicios de salud.

Alcances del modelo de servicios de SSR para las MTS

Tomando en cuenta los resultados del diagnóstico, se desarrollaron acciones dirigidas a mejorar las prácticas de atención y a fortalecer los servicios de SSR para las MTS. Particularmente, se propuso formular un modelo de provisión de servicios basado en un marco de reconocimiento y promoción de los DSR de las personas que forman parte de este grupo vulnerable.

Durante 2009, la organización Una Mano Amiga implementó talleres en los que participaron actores comunitarios clave para la temática, tales como, profesionales de salud, meseros, cantineros, policías, administradores y dueños de establecimientos. El planteamiento base fue la no discriminación contra los y las trabajadoras sexuales. Además de garantizar la viabilidad del conjunto de intervenciones, las actividades contribuyeron al proceso de sensibilización de los profesionales de la salud involucrados en la temática:

> "Creemos que la colaboración con todas las instancias ha sido importante. Ahora podemos entender mejor que toda la desgracia que viven las mujeres es producto de la desgracia económica, de la necesidad de tener una casa, que comer, que darle a sus hijos de comer, de vestir. No se trata de un trabajo "fácil" sino de un trabajo muy difícil que se hace por necesidad" (PS-02, Regulación Sanitaria).

La organización civil también llevó a cabo las estrategias preventivas para MTS (20 talleres y 10 pláticas de prevención) focalizadas en los temas eje del Proyecto. Dichas actividades beneficiaron a 430 trabajadoras sexuales y personal de bares y cantinas (el 38.5% era de Guatemala, 30.2% de Honduras, 14.2% de El Salvador, 10.5% de México y 6% de Nicaragua). Todas las pláticas preventivas incluyeron demostraciones para el uso adecuado del

condón. Además se proporcionaron de manera gratuita entre 10 y 20 condones por persona, con un total de 3,481 preservativos masculinos distribuidos.

Dichas actividades tuvieron una recepción positiva por parte de las MTS. Del total de mujeres extranjeras participantes, 24% reportó que antes de la plática "no sabía nada sobre el SIDA", y 60% reportó haber obtenido "información novedosa", particularmente, "que es importante realizarse la prueba del VIH" (44%) y "otras ITS" (46%). Asimismo, se buscó promover la reflexión acerca de la inequidad de género, la diversidad sexual y el estigma y discriminación, y se reforzaron las habilidades para el uso adecuado del preservativo en el marco de la vida en pareja y con los usuarios del sexo servicio.

Aunque se reconoce la relevancia que tienen las acciones preventivas realizadas, el Proyecto focalizó los esfuerzos hacia la promoción de cambios en la estructura institucional vinculada con el tema de la salud y el trabajo sexual. Particularmente, se fortalecieron alianzas orientadas a facilitar y mejorar los servicios de salud desde un enfoque de necesidades de las usuarias. La iniciativa buscó promover un paquete de servicios que no se limitara al tema de las ITS/VIH, sino que también incluyera la detección oportuna del cáncer cérvico-uterino y mama, la salud materno-infantil, el uso voluntario e informado de anticonceptivos, la distribución gratuita del condón, la difusión de información y apoyo psicosocial para el manejo de adicciones, la atención integral de la violencia sexual, y otros aspectos clave para preservar la salud y manejar los riesgos entre las MTS.

Sin embargo, la viabilidad para proporcionar este paquete de servicios necesariamente requería fortalecer el esquema de colaboración entre las instituciones que forman parte del sistema de salud local. La JS-VII y las instancias de salud municipal han realizado acciones conjuntas en el marco de la respuesta a la epidemia del VIH/SIDA. No obstante, la promoción de un modelo de servicios integrales de SSR, debía involucrar a los representantes de distintas áreas y programas; así como realizar acciones que incidieran en el plano estructural.

Considerando que la vulnerabilidad es un indicador de la inequidad que exige respuestas en el ámbito de la estructura social y política[11], se planteó la necesidad de conformar un grupo de trabajo multisectorial orientado a la promoción de los DSR de las MTS. Los principales alcances de la Red Local que se constituyó en el marco de las iniciativas son: la revisión del marco jurídico que regula las condiciones de acceso a servicios de salud para las personas en trabajo sexual; la formulación de un proyecto de reforma al Reglamento de Sanidad Municipal; el diseño de un instrumento de registro epidemiológico para ser utilizado en las áreas de revisión clínica y el fortalecimiento de alian-

zas entre las organizaciones involucradas en la prevención y atención de la violencia sexual.

Conclusiones

El modelo de promoción de los DSR de las MTS y de otros grupos en situación de trabajo sexual aún se encuentra en construcción. Sin embargo, la experiencia desarrollada en este trabajo es una muestra del liderazgo que pueden asumir las organizaciones gubernamentales y sociales para la conformación de una respuesta estructurada ante los fenómenos de la migración (interna e internacional), la SSR y el trabajo sexual.

Las acciones realizadas en los contextos del trabajo sexual de la región fronteriza, se basaron en el fortalecimiento de las alianzas locales; así como en la implementación de estrategias comunitarias que permitieron sensibilizar y capacitar a diversos actores sociales involucrados en la temática, entre los que destacan los representantes de salud municipal, el personal médico, las autoridades municipales, policías, administradores y dueños de establecimientos.

Asimismo, esta red multisectorial facilitó el acceso a los contextos del trabajo sexual, garantizó la viabilidad de las intervenciones y permitió el desarrollo de un sistema de información útil para la toma de decisiones. Por ello, se considera que el fortalecimiento y extensión de esta red contribuirá a lograr el impacto esperado y a sentar las bases para la sostenibilidad de las intervenciones.

El hecho de que los procesos de investigación-acción no sólo se centraran en el tema del VIH/SIDA/ITS, sino se basaran en un enfoque ampliado de SSR, constituyó uno de los principales alcances de la iniciativa. Desde esta perspectiva, se contribuyó a generar conocimientos sobre las necesidades de SSR de MTS que cuentan con trayectorias migratorias particulares y presentan diversas vulnerabilidades. Esta información, preventiva sobre la atención médica y otros recursos prioritarios para la salud sirvió como referente para el diseño e implementación de estrategias que buscaron facilitar el acceso a los servicios.

Se registraron alcances importantes en el tema de la prevención del VIH/SIDA/ITS, la difusión de información básica sobre anticoncepción y cuidado del embarazo; sin embargo, el abordaje del tema de la violencia continúa siendo un reto importante. Por su determinación social, la problemática de la violencia sexual requiere del diseño de intervenciones de alta complejidad y diversidad para su prevención, atención oportuna y manejo apropiado de sus consecuencias. En este sentido, se espera que la participación de grupos sociales organizados en colaboración con instituciones de alta capacidad de

respuesta pueda contribuir a generar estrategias efectivas en sus determinantes pero también en la prevención y atención de sus consecuencias.

Referencias

1. Ariza M. Obreras, sirvientas y prostitutas. Globalización, familiar y mercados de trabajo en República Dominicana. En Estudios Sociológicos 2004; 22:123-149.
2. Wolffers I. Health, HIV and sex work: the influence of migration and mobility. Research for Sex Work [serie en internet] 2002 [consultado 2011 04 11]; 5:1-2. Disponible en: http://www.childtrafficking.com/Docs/research_for_sex_work_no_5_.pdf.
3. Dreser A, Caballero M, Leyva R, Bronfman M. The vulnerability to HIV/AIDS of migrant sex workers in Central America and Mexico. Research for Sex Work [serie en internet] 2002 [consultado 2011 04 11]; (5): (aprox. 1 pp). Disponible en: http://www.childtrafficking.com/Docs/research_for_sex_work_no_5_.pdf.
4. Organista KC, Carrillo H, Ayala G. HIV prevention with Mexican migrants: review, critique, and recommendations. J Acquir Immune Defic Syndr 2004; 37 Suppl 4:S227-S239.
5. Bronfman M, Leyva R, Negroni M. Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2004.
6. Cruz M. Diagnóstico sobre la realidad social, económica y cultural de los entornos locales para el diseño de intervenciones en materia de prevención y erradicación de la violencia y en la región sur: el caso de Tapachula, Chiapas. Comisión Nacional para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres, SEGOB, 2009.
7. Zúñiga E, Zubieta B, Araya C, David D. Cuadernos de Salud Reproductiva, Chiapas. Consejo Nacional de Población. 2000.
8. Núñez A, Fernández H. Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en Trabajadoras Comerciales del Sexo en Panamá [monografía en internet]. Panamá: Ministerio de Salud de Panamá 2003 [Consultado 2011 Abril]. Disponibles en: http://www.pasca.org/multicentrico.htm.
9. Patterson T, Orozco H, Lozada R, Abramovitz D, Fraga M, Martínez G, et al. Factores contextuales asociados con altas tasas de sexo sin protección entre trabajadoras sexuales en dos ciudades de la frontera entre México y Estados Unidos. En: Magis C, Taracena R, eds. Presencia de México en la XVII Conferencia Internacional sobre SIDA, 6 al 8 de agosto de 2008, Ciudad de México. Ciudad de México: Centro

Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA, 2008:178-179.

10. Allen B, Cruz A, Rivera L, Castro R, Arana M, Hernández M. Afecto, besos y condones: el ABC de las prácticas sexuales de las trabajadoras sexuales de la Ciudad de México. Salud Pública, México [serie en internet] 2003 [consultado 2011 agosto 02]; 45(5):1-15

11. Bronfman M, Leyva R. Migración y SIDA en México. En Córdoba-Villalobos A. Veinticinco Años del SIDA en México. Ciudad de México: Secretaría de Salud, 2008.

12. Villa B., Tapia A., Caballero M., Dreser A., Magali S., González T., Leyva R., Guerrero C., Bronfman M., México Ciudad Hidalgo, Chiapas. En Bronfman M, Leyva R, Negroni M. Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2004.

13. Hernández D, Cuadra S, Dreser A, Caballero M, Leyva R, Bronfman M. Chetumal. En Bronfman M, Leyva R, Negroni M, ed. Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2004.

14. Ditmore M. How immigration status affects sex workers, health and vulnerability to abuse. A comparison of two countries. Research for sex work 2002; 5:3-4.

15. Leyva R, Quintino F, Gutiérrez A, Badillo S, Aguirre A. Condiciones de vulnerabilidad y alternativas de prevención a la transmisión del VIH/SIDA: hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y mujeres en trabajo sexual (ITS) en Cancún y Chetumal, Quintana Roo. México: Quintana Roo-Conacyt, 2010.

16. Quintino F, Leyva R, Gutiérrez A, Badillo S, Aguirre A, Caballero M, et al. Respuesta social al trabajo sexual y VIH/SIDA en localidades de alta movilidad poblacional en Quintana Roo. Instituto Nacional de Salud Pública. En prensa.

17. Rosen G. De la Policía Médica a la Medicina Social, ensayos sobre la historia de la atención a la salud. México: Siglo XXl, 1985.

18. Uribe P, Hernández G. Sexo comercial e infecciones de transmisión sexual (ITS) en la Ciudad de México. Papeles de Población CIEAP-UAEM 2000;23:203-219

19. Monroy P, Cilia D. La calle es de quien la trabaja. Contralínea [Serie en Internet] 2008 [Consultado 2011 Abril 2]; 96 (5): [aprox.5 pp]. Disponible en: http://www.contralinea.com.mx/archivo/2008/febrero2/htm/calle_trabaja.htm

Capítulo VII.
La reforma del reglamento municipal de sanidad en la frontera sur: trabajo sexual y exigibilidad del derecho a la salud y la no discriminación

Rosa María Yañez, César Infante, Rosemberg López, Nelly Gómez, René Leyva y Frida Quintino

Introducción

El trabajo sexual en la frontera Sur de México, específicamente en la zona del Soconusco, tiene antecedentes históricos y está íntimamente vinculado a las diferentes dinámicas de movilidad en la región. Éstas tienen que ver con la migración indocumentada, movilidad de traileros, ubicación de zonas militares, circuitos de trabajo sexual en México y Centroamérica, trata de personas, y la presencia del crimen organizado en la región.

El trabajo sexual ha sido normado y regulado en distintos momentos por los servicios estatales y jurisdiccionales de salud y los gobiernos municipales, con un enfoque sanitarista. La regulación se realiza mediante la aplicación rutinaria de exámenes médicos semanales y pruebas de detección de algunas infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH con cierta periodicidad. A la(o)s trabajadora(e)s sexuales se les entrega una cartilla con la que demuestran su estado de salud a los dueños de los establecimientos, al cliente, al médico y policías municipales cuando éstos realizan las revisiones de las tarjetas de manera periódica. Estas estrategias son medicalizadas y no tienen un componente preventivo o de promoción de la salud sexual y reproductiva de la(o)s trabajadora(e)s sexuales.

Las acciones que comprende la regulación en salud son cubiertas económicamente por los propios trabajadores y trabajadoras sexuales. Su incumplimiento hace que estas actividades incurran en una violación de la normativa y por ello son detenidos y se les cobra una multa económica o incluso son remitidos a los separos de la policía municipal durante 48 horas. Al cumplir el tiempo de detención la trabajadora o el trabajador sexual debe asistir a la revisión médica y cumplir con las acciones de salud que establece el municipio.

Un marco normativo de control sanitario que omite el tema de los derechos humanos no favorece la prevención de las ITS, el VIH/SIDA y la violencia basada en género. Por el contrario, provoca que las trabajadoras y trabajadores sexuales y otros grupos que se vinculan con el trabajo sexual (como

son los hombres que tienen sexo con otros hombres y los travestis) se sitúen en condiciones de alta vulnerabilidad y sean proclives a la extorsión y violación de sus derechos sexuales y reproductivos por parte de las autoridades municipales y los dueños de los establecimientos. Además puede favorecer el mercado sexual clandestino y fomentar la irresponsabilidad de los usuarios y empleadores en la exposición y manejo de los riesgos asociados.

En el caso concreto de la ciudad de Tapachula, esta normativa sanitaria y de buen gobierno de Tapachula, Chiapas, motivó una queja ante las defensorías de derechos humanos. La queja fue interpuesta por diversos organismos de la sociedad civil en contra de las autoridades municipales, por la violación a los derechos humanos de dos personas travestis no mexicanas que a juicio de la autoridad se dedicaban al trabajo sexual porque tenían entre sus objetos personales condones y caminaban por las calles después de las diez de la noche.

Esta queja generó la conformación de un grupo de trabajo y abrió la posibilidad de proponer una reforma legal en dos instrumentos: el Reglamento Municipal de Sanidad 2005-2007 y el Bando de Policía y Buen Gobierno.

Proyecto de Reforma

El proyecto de reformas y adiciones a estos ordenamientos se realizó con un enfoque basado en el derecho a la protección de la salud sexual y reproductiva y los derechos humanos de las personas mayores de edad que de manera libre e independiente ejercen el trabajo sexual en el Municipio de Tapachula, Chiapas. Así mismo se buscó la protección de los menores de edad.

Este proyecto de reforma toma sustento de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que reconoce la igualdad en derechos fundamentales que se consideran básicos para el desarrollo de una vida digna, como los derechos a la no discriminación, la salud, la educación, el trabajo y la seguridad jurídica. Estos principios se mantienen, aun cuando en los ámbitos municipal, estatal y federal coexistan normas que los limitan y conservan los criterios del primer decreto sanitario que reguló el trabajo sexual en nuestro país, emitido en la segunda mitad del siglo XIX y basado en un modelo policial y medicalizado.

Para explicar este proyecto, que pretende hacer exigible y justiciable el derecho a la protección de la salud de todos los trabajadores y trabajadoras sexuales, es conveniente referirnos al pensamiento de Gayatri Spivak. Esta autora identifica al sujeto subalterno como el perteneciente a estratos sociales históricamente silenciados por la falta de una estructura de validación que haga valer sus quejas y sin acceso a líneas de movilidad social. Spivak, plan-

tea como opción de intervención a la subalternatividad la posibilidad de crear una infraestructura que permita a las personas subalternas no aceptar la subalternidad como lo normal, a través de la educación de calidad y la búsqueda de un secularismo como instrumento legal de justicia social que pueda acomodar a las personas subalternas y las lleve a autorrepresentarse.[1]

Asimismo debe tomarse en cuenta la conceptualización que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos hace de las personas en condición de vulnerabilidad como aquellos grupos o comunidades que por circunstancias de pobreza, origen étnico, estado de salud, edad, género o discapacidad, se encuentran en situación de mayor indefensión para hacer frente a los problemas y no cuentan con los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas.

Como lo señala la Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y sus familias, los migrantes comparten los problemas económicos, sociales y culturales de los grupos menos favorecidos de la sociedad del Estado que los acoge, en este caso de las y los nacionales mexicanos que ejercen el trabajo sexual en Tapachula, Chiapas. Los resultados del trabajo de observación participante y las entrevistas a trabajadoras sexuales presentados por Salud Municipal de Tapachula, reportan que el 67% de las trabajadoras sexuales entrevistadas son madres solteras, prevaleciendo las nacionalidades siguientes: Honduras 47%, El Salvador 19%, Guatemala 12%, Nicaragua 5% y México 19.1%.En estos datos, no se consideró el trabajo sexual ofertado por la comunidad lésbico-gay, bisexual, transexual, transgénero, travesti e intersexual (LGBT).

Por otra parte, la migración como fenómeno socio demográfico tiene consecuencias en diferentes espacios sociales,[2] incluido el de la salud, e impacta a grupos vulnerables tradicionalmente estigmatizados y silenciados, cuyos derechos difícilmente son reconocidos y garantizados. Es el caso de quienes en la frontera México Guatemala tienen la categoría de migrantes irregulares, mujeres y miembros de la comunidad lésbico-gay, transexual, transgénero y travesti que ejercen el trabajo sexual. Estos grupos representan una sumatoria de categorías vulnerables: por el hecho de ser mujeres, por su orientación o preferencia sexual, por su identidad o expresión de género, por su condición de indocumentados y por dedicarse al trabajo sexual. Como consecuencia, son estigmatizados y víctimas de abusos que pueden provenir de la policía, los servicios de salud, la población general, familiares y amigos, la persona que compra sus servicios, así como del mismo Estado, que ha excluido el trabajo sexual del beneficio de las políticas sociales.

Desarrollo de la propuesta

Para la elaboración del contenido de reformas y adiciones al Reglamento Municipal de Sanidad 2005-2007, además se consideraron la Nota de orientación del ONUSIDA sobre el VIH y el trabajo sexual,[4] el Informe Técnico del Proyecto Promoción de los derechos de jóvenes y mujeres migrantes en áreas vulnerables de la frontera México-Guatemala: prevención y atención de la salud sexual y reproductiva,[5] la revisión de las disposiciones legales relacionadas con el trabajo sexual en Chiapas, Coahuila y Distrito Federal y su vinculación con tipos penales como el peligro de contagio y propagación de enfermedades, lesiones, lenocinio y trata de personas.

El Código Penal para el Estado de Chiapas señala en su Artículo 444.- "Al que, sabiendo que padece una enfermedad fácilmente transmisible pero curable, en periodo infectante de manera intencional y deliberada a fin de provocar el contagio, sostenga relación sexual con alguna persona o por cualquier otro medio directo ponga en peligro de contagio la salud de ésta, siempre y cuando la víctima no tenga conocimiento de la enfermedad, se le impondrá prisión hasta de cinco años y multa hasta de treinta días de salario, sin perjuicio de la sanción correspondiente si causa el contagio; así mismo, será sometido al tratamiento médico correspondiente, pero si el mal transmitido en incurable, la pena será de cuatro a ocho años de prisión...

No se considera intencional y deliberada la conducta del sujeto activo, cuando se desconociere que padece la enfermedad contagiable, no tenga el conocimiento de las formas de transmisión de la enfermedad, haya dado a conocer el riesgo de la enfermedad que padece o tomó las medidas necesarias para evitar el contagio. [...] Este delito se perseguirá por querella del sujeto pasivo. Las penas establecidas en este artículo, se aplicarán aun cuando el sujeto activo no haya tenido la intención directa e inmediata de contagiar a persona alguna, siempre y cuando haya estado consciente de su padecimiento y del peligro de contagio del mismo." Se presume el conocimiento de la enfermedad, cuando el sujeto activo presenta lesiones o manifestaciones externas provocadas por la misma, fácilmente perceptibles, o cuando, conocedor de su padecimiento está siendo tratado médicamente.

Por otra parte la Ley para combatir, prevenir y sancionar la trata de personas en el estado de Chiapas, en su Artículo 5 establece: "Comete el delito de trata de personas quien, con fines de explotación, promueva, solicite, ofrezca, facilite, consiga, traslade, entregue, reciba, para sí o para un tercero, a una persona, por medio de la violencia física o moral, engaño, abuso de poder o aprovechándose de un estado de vulnerabilidad, la concesión o recepción de

pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra."

Asimismo se revisaron las reinterpretaciones que en los últimos años se han dado a los modelos normativos que estudian el trabajo sexual como son el prohibicionismo, despenalización/reglamentación, laboralización y abolicionismo.[2] También se revisaron las normas oficiales mexicanas de salubridad general vigentes en materia de salud sexual y reproductiva (NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos; NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar; NOM-010-SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana -ahora NOM-010-SSA2-2010 para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana; NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de cáncer de cuello de útero y de la mama en atención primaria; NOM-039-SSA2-2002, para la prevención de las infecciones de transmisión sexual; NOM-EM-001-SSA3-2010, asistencia social, provisión de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo; NOM-046-SSA2-2005, violencia familiar, sexual y contra las mujeres, criterios para la prevención y atención; NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico y la NOM-028-SSA-1999 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones).

Modelos normativos que estudian el trabajo sexual

El modelo normativo del trabajo sexual que adopten los estados está íntimamente ligado a la forma de respuesta de los servicios de salud, al reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos e incluso al acceso a sistemas de seguridad social.[2]

El primero de los modelos es el abolicionista (1875). Este modelo considera al trabajo sexual incompatible con la dignidad de la persona. No lo prohíbe pero pretende evitarlo, aboliendo toda reglamentación específica, cerrando los lugares en donde se identifica se ejerce el trabajo sexual y suprimiendo los registros policiales y sanitarios de quienes se dedican a esta actividad laboral. A su vez promueve la reintegración social, el castigo de los proxenetas y la disuasión de los clientes. Entre los países cuyos sistemas se aproximan a este modelo, se encuentran Francia, Bélgica e Italia. Los críticos de este modelo afirman que favorece el ejercicio clandestino de todas las formas de trabajo sexual, aumenta las ganancias de los explotadores y agrava los riesgos para la salud de las personas que lo ejercen.[6]

El segundo, el modelo prohibicionista, sanciona a la persona que ejerce el trabajo sexual (a la que califica como delincuente y no como víctima), al proxeneta y al cliente, y tipifica la actividad como un delito, por lo que se suprimen los establecimientos destinados a su ejercicio. Para esta corriente el sexo servicio no puede ser reconocido como trabajo, y, afirma, es difícil distinguir entre el ejercicio libre y el forzado, ya que la pobreza, la falta de oportunidades y la violencia intrafamiliar son algunas de las causas que lo originan, por lo que el Estado debe prevenirlas.[6]

Existe un tercer modelo, el reglamentarista, que sostiene que muchas prostitutas han elegido voluntariamente esta forma de ganarse la vida. Por ello, el Estado debe proporcionar los medios sanitarios y de seguridad básicos para que la actividad se preste en las mejores condiciones. En virtud de estas nociones, las y los trabajadores sexuales deben someterse a controles sanitarios e integrarse a registros especiales que les otorgan certificados o tarjetas sanitarias que los autorizan a ejercer el trabajo sexual sin riesgo para sus clientes.[6]

Finalmente, el modelo legalista/laboralista pretende el reconocimiento pleno del trabajo sexual, que se otorgue a quien ejerce esta actividad la condición de trabajador o trabajadora con derechos y obligaciones laborales, de salud e impositivas, y que se elimine la regulación que criminaliza esta actividad. Esta posición ha sido duramente criticada, bajo el argumento de que en los países en los que se ha adoptado el sistema el sector ilegal, en especial el relacionado con la prostitución infantil de origen migrante, ha crecido al amparo del legalizado.6 Los defensores de esta corriente insisten en que muchas personas que ejercen el trabajo sexual no se sienten esclavas, ni víctimas ni obligadas a realizarlo, sino que, por el contrario, lo consideran una opción libre de trabajo, por lo que es necesario que se organicen y manifiesten su propia perspectiva.[6]

Proceso de la reforma

En el marco de la definición de la reforma, se realizaron cinco reuniones técnicas en Tapachula, Chiapas. El objetivo fue el de revisar los instrumentos jurídicos que regulan el trabajo sexual en la región de Soconusco e identificar las disposiciones que promueven y/o obstaculizan la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de los y las trabajadoras sexuales. En estas reuniones se contó con la participación de las dependencias, entidades y organizaciones siguientes:

- Una Mano Amiga en la Lucha contra el SIDA, A.C.
- Diversidad y Género A.C.
- Presidencia municipal
- Salud Municipal
- Dirección de Sanidad
- Programa de VIH/ITS de la Jurisdicción Sanitaria VII
- Programa de VIH/ITS del Estado de Chiapas
- Departamento de Alcoholes y Espectáculos
- Secretaría para el Desarrollo de la Frontera Sur
- Comisión Estatal de Derechos Humanos
- Organización Internacional para las Migraciones
- Dirección de VIH/SIDA de la Comisión Nacional de Derechos Humanos
- Instituto Nacional de Salud Pública
- MEDILEX- Consultoría Médico Legal

El grupo de trabajo identificó como temas relevantes a los que habría que dar respuesta: 1) Acceso a servicios de salud; 2) Tarjeta sanitaria; 3) Papel de los empleadores y; 4) Zonas de tolerancia.

Durante el desarrollo de las reuniones de trabajo surgió el tema de la publicidad del sexo servicio en el Municipio, solicitando las autoridades locales se elaborara una nota técnica sobre el tema. Al final no hubo una propuestas de regulación específica. Por otra parte, el grupo concluyó que el Reglamento motivo de análisis no responde a las especificidades del contexto en Tapachula, ya que tomó como referencia el reglamento del Estado de México, entidad cuya movilidad y migración no comparte las características de la frontera sur.

Contenido y naturaleza de la reforma

Este apartado contiene una breve descripción de las reformas propuestas al Reglamento Municipal de Sanidad 2005-2007 del Municipio de Tapachula, Chiapas. Estas propuestas tienen necesariamente como marco legal la regulación estatal. Debido a ello, en algunos casos no fue posible modificar o derogar figuras que, desde la perspectiva de los derechos humanos, es necesario revisar, como la eliminación de las zonas de tolerancia o la portabilidad estatal de la tarjeta sanitaria.

Para resolver la problemática de derechos humanos, exigibilidad y justiciabilidad del derecho a la protección de la salud de este sector, necesariamente se tendría que instrumentar un modelo estatal de mediano plazo que

requiere armonizar las leyes y normas existentes. Este proyecto aprovechó la oportunidad político-administrativa que se presentaba en el último semestre del 2010 en el municipio, para discutir e integrar una reforma de corto plazo que visibilice las normas oficiales mexicanas en materia de salubridad general como obligatorias para el municipio (el Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, al resolver la controversia constitucional 54/2009, declaró por mayoría de votos, con lo que se integra jurisprudencia, que las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salubridad general son vinculantes para todas aquellas entidades, ya sean federales o locales, que integren el Sistema Nacional de Salud).

Estas normas representan una opción de intervención encaminada a crear infraestructura básica que permita a las personas que ejercen el trabajo sexual no aceptar la subalternidad como lo normal y a través de la educación en salud, empoderarlas en el manejo de las situaciones de riesgo asociadas al ejercicio de su actividad y que son elemento de exigibilidad de derechos.

Incorporación del examen médico integral y visibilización de diferentes identidades sexuales y de género.

La iniciativa representa un avance en la materia de salud sexual y reproductiva de las personas que ejercen esta actividad, independientemente de la identidad de género o sexual, al incorporar el examen médico integral (Cuadro 7.1.). Este examen deberá incluir además de los exámenes para detectar enfermedades transmisibles y de control de VIH, la detección oportuna del cáncer cérvico-uterino y de mama; el uso de métodos anticonceptivos; la distribución gratuita de preservativos femenino y masculino; brindar información y apoyo psicosocial para el manejo de adicciones; intervenciones que favorecen un manejo más adecuado de situaciones de riesgo (consumo de alcohol, drogas, violencia) asociados al ejercicio de su actividad laboral.

Cuadro 7.1.
Reformas relacionadas con la incorporación del examen médico integral y visibilización de diferentes identidades sexuales y de género.

TEXTO VIGENTE	TEXTO PROPUESTO
Artículo 56.- Se entiende por sexo servicio la actividad permanente o eventual de comercio sexual que en forma pública o velada realicen los hombres o mujeres. Se prohíbe ejercer esta actividad a los menores de edad.	Artículo 54.- Se entiende por sexo servicio la actividad permanente o eventual de comercio sexual que realicen de manera libre los hombres, mujeres, travestis, transgéneros y transexuales adultos. Se prohíbe ejercer esta actividad a los menores de edad.
Artículo 54.- El control y vigilancia de la prostitución tiene por objeto eliminar o combatir la propagación de infecciones transmisibles por contacto sexual.	Artículo 55.- La orientación y vigilancia de quienes ejercen el sexo servicio y de quienes utilizan el mismo tiene por objeto evitar que sean víctimas y transmisores de infecciones de transmisión sexual, para ello se promoverá el uso obligatorio de medidas preventivas como los preservativos masculino y femenino y lubricantes a base de agua, así como la profilaxis posterior a la exposición a relaciones sexuales sin protección o a violación. Artículo 55-1.- La Secretaria de Salud, el municipio y la sociedad civil deberán coordinarse para asegurar a todas las personas el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH/SIDA, incluidos fármacos antirretrovirales.
Artículo 63.- Las actividades de prevención y control sanitario de las personas que prestan el sexo servicio en la zona de tolerancia o en establecimientos urbanos se llevarán a cabo mediante revisiones médicas generales y ginecológicas, así como análisis de laboratorios clínicos o citológicos.	Artículo 63.- Las actividades de prevención y control sanitario de las personas que ejerzan el sexo servicio en la zona de tolerancia o en establecimientos urbanos, se llevaran a cabo mediante revisiones médicas integrales, las que incluirán, además de lo señalado en los artículos 49 y 51 de este reglamento, la detección oportuna del cáncer cérvico-uterino y mama, el uso de métodos anticonceptivos, la distribución gratuita del preservativos femenino y masculino, así como información y apoyo psicosocial para el manejo de adicciones. Estas actividades deberán quedar registradas en el expediente clínico.

...Continúa

Continuación...

<table>
<tr><th>TEXTO VIGENTE</th><th>TEXTO PROPUESTO</th></tr>
<tr>
<td>Artículo 51.- Las personas a que se refiere el artículo 47 quedan obligadas a examen de control sanitario con la siguiente periodicidad:

I. Para hombres y mujeres que realizan el servicio sexual, la revisión sanitaria será semanal, y los exámenes de laboratorio de VIH y VDRL cada dos meses.

II. Meseras: revisión sanitaria cada 15 días, y examen de laboratorio VIH y VDRL cada dos meses.

III. Meseros: revisión médica cada 30 días con exámenes de laboratorio de VDRL y VIH cada 4 meses.

IV. Cocineras y cocineros: revisión médica mensual y examen de laboratorio VDRL cada año. Asimismo deberán practicarse examen de coproparasitoscópico, cultivo de uñas y RX de tórax cada 6 meses.

V. Los encargados de los establecimientos

VI. Bailarinas: revisión sanitaria semanal, exámenes de laboratorio de VDRL y VIH cada 2 meses.

VII. Esta periodicidad podrá ser modificada a juicio de las autoridades sanitarias municipales.</td>
<td>Artículo 51.- Las personas a que se refiere el Artículo 47 quedan obligadas a examen médico y VIH de control sanitario con la siguiente periodicidad. Esta periodicidad podrá ser modificada por las autoridades sanitarias municipales con base en las normas oficiales mexicanas o la medicina basada en evidencia cientifica.
<table>
<tr><th>Detección</th><th>Dueñ@s y Encargad@s</th><th>Trabajo Sexual</th><th>Meser@</th><th>Fichera</th><th>Bailarina</th><th>Cocinera</th></tr>
<tr><td>VIH/VDRL</td><td>1 detección</td><td>1 al inicio y cada 3 meses</td><td>1 al inicio y cada 6 meses (Hombre y Mujer)</td><td>1 al inicio y cada 6 meses</td><td>1 al inicio y cada 6 meses</td><td>1 al inicio y 1 cada 6 meses</td></tr>
<tr><td>Papanicolaou</td><td>1 detección</td><td>1 detección</td><td>1 detección</td><td>1 detección</td><td>1 detección</td><td>1 detección</td></tr>
<tr><td>Híbridos</td><td>1 detección</td><td>1 detección</td><td>1 detección</td><td>1 detección</td><td>1 detección</td><td>1 detección</td></tr>
<tr><td>Ca Mama</td><td>Sensibilización
Capacitación</td><td>Sensibilización
Capacitación</td><td>Sensibilización
Capacitación</td><td>Sensibilización
Capacitación</td><td>Sensibilización
Capacitación</td><td>Sensibilización
Capacitación</td></tr>
<tr><td>Reacciones Febriles</td><td>Descartado</td><td>Descartado</td><td>1 cada 6 meses</td><td>Descartado</td><td>Descartado</td><td>1 cada 6 meses</td></tr>
<tr><td>Tele de tórax</td><td>Descartado</td><td>Descartado</td><td>1 vez al año</td><td>Descartado</td><td>Descartado</td><td>1 vez al año</td></tr>
<tr><td>Cultivo de uñas</td><td>Descartado</td><td>Descartado</td><td>Descartado</td><td>Descartado</td><td>Descartado</td><td>1 cada 6 meses</td></tr>
</table>
</td>
</tr>
</table>

...Continúa

Continuación...

Artículo 16.- Los titulares de las autorizaciones sanitarias tienen la obligación de exigir que los empleados que se encuentren en el interior de sus establecimientos: I. Sean mayores de edad. II. Cuenten con y porten la tarjeta de Control sanitario y acudan a revisión sanitaria, en los sitios y con la periodicidad que el h. Ayuntamiento tienen establecidos. III. Quienes no cuenten con tarjeta de Control sanitario, no podrán laborar, debiendo reportarla por escrito a las autoridades sanitarias. IV. IV. Deberá contar además con un libro de visitas de inspección debidamente autorizado por la Secretaria de Salud municipal.	Artículo 16.- Los titulares de las autorizaciones sanitarias tienen las siguientes obligaciones: I. Comprobar que las personas que prestan servicios en el interior de sus establecimientos sean mayores de edad; II. Facilitar que las personas acudan a examen médico integral con la periodicidad que el ayuntamiento establezca. Dicha revisión deberá atender a lo dispuesto en las normas oficiales mexicanas y demás instrumentos jurídicos aplicables; III. Revisar que las personas que prestan servicios tengan tarjeta de control sanitario o constancia de salud general, esta última deberá cumplir con los requisitos que establece el artículo 244 de la ley de salud del Estado, y IV. En las áreas comunes y privadas de los establecimientos dedicados al sexo servicio se deberá promover en forma permanente el uso obligatorio de preservativos masculinos y femeninos y proporcionar información audiovisual o escrita sobre el sexo seguro y/o protegido. V. Contar con el libro de visitas de inspección autorizado por la secretaria de salud municipal.

Se busca con estas modificaciones visibilizar a la población adulta travesti, transgénero y transexual para que reciban atención en salud sexual y reproductiva de acuerdo a sus propias necesidades, ya que frecuentemente al momento de las revisiones sanitarias son excluidas o estigmatizadas, lo que las aleja de los servicios de salud. De esta forma se incorporan servicios de atención en salud adicionales vinculados con la salud sexual y reproductiva de las trabajadoras y trabajadores, sexuales independientemente de su identidad sexual y de género, además del manejo de riesgos y el apoyo psicosocial para casos de adicciones y violencia, que son riesgos a los que potencialmente está expuesto este grupo de población.

Por tratarse de una propuesta de reformas a un instrumento municipal las posibilidades de modificaciones están restringidas al marco jurídico estatal, por lo que no fue posible eliminar la tarjeta de control sanitario, pero se propusieron una serie de adecuaciones que limitan la vulneración de derechos humanos de las y los titulares de este instrumento, y se reconoció a la constancia de salud como una alternativa de sustitución viable.

Fortalecimiento del expediente clínico

Se fortalece el uso del expediente clínico como mecanismo de seguimiento y control de la salud de las personas que ejercen el trabajo sexual (Cuadro 7.2.), lo que en el corto plazo deberá llevar a eliminar el registro especial, que viola su derecho a la privacidad y favorece la discriminación.

Cuadro 7.2.
Reforma que busca el fortalecimiento para el uso del expediente clínico.

TEXTO VIGENTE	TEXTO PROPUESTO
Articulo 64.- La Secretaria de Salud municipal a través de la dirección de sanidad, llevará un registro actualizado de las personas que realizan las actividades de sexo servicio y de las que regula el artículo 47 de este reglamento	Artículo 64.- La Secretaria de Salud municipal a través de la dirección de sanidad, llevará el expediente clínico actualizado y elaborado conforme a las normas oficiales mexicanas y demás instrumentos jurídicos aplicables de las personas que realizan las actividades de sexo servicio y de las que regula el artículo 47 de este reglamento.
Articulo 47.- Las personas que en los establecimientos se desempeñen como: meretrices (sexo servicio), meseras, meseros, cocineras, cocineros, encargados, encargadas, bailarinas, barman, requieren de tarjeta de control sanitario.	Articulo 47.- Las personas que en los establecimientos ejerzan sexo servicio, se desempeñen como meseras, meseros, cocineras, cocineros, propietarios, propietarias, encargados, encargadas, bailarinas y barman, requieren de tarjeta de control sanitario o la constancia de salud a que se refiere el artículo anterior.
Articulo 53.- Las personas que padezcan alguna de las enfermedades que establece el artículo anterior, están obligadas a suspender el ejercicio de la actividad que realizan y presentarse al reconocimiento médico cuantas veces se les indique, sometiéndose al tratamiento adecuado a efecto de evitar la transmisión de la enfermedad que padezcan.	Artículo 53.- Las personas que padezcan alguna de las enfermedades que establece el artículo anterior, están obligadas a suspender el ejercicio de la actividad que realizan y deberán presentarse al control y seguimiento médico conducente a efecto de evitar la transmisión de la enfermedad que padezcan. Artículo 53-1 Si alguna persona es reactiva a la prueba de VIH, deberá garantizarse la confidencialidad de la prueba, así como la información, la atención psicológica y médica, canalizándola con grupos organizados de la sociedad civil y con las instancias de salud competentes. Artículo 53-2 El propietario deberá encontrar alternativas de trabajo dentro del establecimiento, diferentes del sexo servicio, para la persona infectada por el VIH o seropositiva.

Educación sexual

El proyecto incorpora el componente de educación para la salud, dirigido no sólo a las personas que intervengan en las actividades y servicios regulados sino también a los usuarios de éstos. De esta forma se fomentan medidas que favorecen la realización de acciones de auto-cuidado de la salud en materia de VIH-SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, como el uso de preservativos masculinos y femeninos e información audiovisual o escrita sobre el sexo seguro y/o protegido. La literatura indica que la mayoría de los enfoques normativos vigentes invisibilizan al cliente o usuario de los servicios (aunque algunas legislaciones lo penalizan) considerándolo no como un actor o un estatus (a diferencia de lo que ocurre con las y los trabajadores sexuales y con el proxeneta) sino como un sujeto pasivo involucrado en una situación transitoria y ocasiona.[16] En este proyecto lo incorporamos como factor importante de los programas de salud sexual y reproductiva.

Distintivo establecimiento seguro

La propuesta busca que el municipio de Tapachula reconozca el distintivo de "establecimiento seguro" que otorgue el Comité municipal de prevención y control del VIH-SIDA e ITS (COMUSIDA) a aquellos bares y cantinas que implementen programas de prevención y auto-cuidado de la salud sexual y reproductiva de las y los trabajadores sexuales, así como medidas de seguridad e higiene en el trabajo y distribución gratuita de preservativos masculino y femenino y de lubricantes a base de agua (Cuadro 7.3.). De esta forma, el proyecto y la iniciativa de reforma buscan reconocer el trabajo de abogacía para la salud que realizan los organismos de la sociedad civil que participan en el Comité Municipal de Prevención y Control del VIH-SIDA E ITS (COMUSIDA) a través del distintivo "establecimiento seguro".

Protección a menores de edad

Destacan en el proyecto las modificaciones al artículo 100 relacionadas con los menores de edad, a los cuales se busca proteger de posibles abusos de los cuerpos de seguridad pública, a través de su canalización al Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia en los casos en que la familia no se presente a recogerlos, buscando siempre el interés superior del niño.

Cuadro 7.3.
Reforma que busca reconocer el distintivo establecimiento seguro.

TEXTO VIGENTE	TEXTO PROPUESTO
Artículo 12.- La expedición de los certificados señalados en el artículo anterior, tendrá como objetivo principal propiciar y dar reconocimiento a las mejores condiciones sanitarias de las actividades, establecimientos y servicios y promover su difusión e identificación por parte de la población destinataria de los mismos.	Artículo 12.- La expedición de los certificados señalados en el artículo anterior tendrá como objetivo principal propiciar y dar reconocimiento a las mejores condiciones sanitarias de las actividades, establecimientos y servicios y promover su difusión e identificación por parte de la población destinataria de los mismos. El municipio de Tapachula reconocerá el distintivo de "establecimiento seguro" que otorgue el comité municipal de prevención y control del VIH-sida e ITS (COMUSIDA) a los bares y cantinas que implementen programas de prevención y auto-cuidado de la salud sexual y reproductiva de las y los trabajadores sexuales, así como medidas de seguridad e higiene en el trabajo y distribución gratuita de preservativos masculino y femenino y lubricantes a base de agua.

Personas extranjeras insertas en el trabajo sexual

La reforma del Capítulo Décimo Noveno, Sanidad en Migración, resuelve los problemas de competencia que presentan los preceptos vigentes, restringiendo la actividad de la autoridad sanitaria a las atribuciones que tiene legalmente reconocidas y establece para los extranjeros que se dediquen a las actividades reguladas los mismos requisitos que se exigen a los nacionales.

Incorporación de cultura cívica para garantizar la convivencia armónica

En el Capítulo Décimo Octavo se incorporó la figura de la cultura cívica como instrumento democrático para garantizar la convivencia armónica de los habitantes del Municipio, la cual se sustenta en el ejercicio de los derechos y libertades protegidos por la ley y en el respeto de los derechos de los demás, reforzándola con las modificaciones a los artículos 3º y 21 del Bando de Policía y Buen Gobierno Municipal (Cuadro 7.4.).

Cuadro 7.4.
Reforma que busca la incorporación de cultura cívica para garantizar la convivencia armónica.

TEXTO VIGENTE	TEXTO PROPUESTO
Artículo 96.- Se prohíben las diversiones que ofendan a la moral y las buenas costumbres.	Artículo 96.- la cultura cívica en Tapachula garantiza la convivencia armónica de sus habitantes y se sustenta en ejercer los derechos y libertades protegidos por la ley y respetar los derechos de los demás.
Artículo 97.- Ninguna persona deberá presentarse en público en la siguiente forma: I. Desnudo II. Con vestidos que en cualquier forma ofendan el pudor y la decencia III. Haciendo señas indecentes IV. Ejecutando acciones deshonestas V. Profiriendo palabras altisonantes o majaderas. VI. Dando funciones que ofendan a la moral, ya sea por medio de actos, cantos, letreros o palabras indecentes o de doble sentido	Artículo 97.- Todas las personas deberán cumplir con los siguientes deberes ciudadanos: **I.** Cumplir con la Constitución Política del Estado, las leyes, bandos y reglamentos y demás disposiciones que rigen en Tapachula, Chiapas. **II.** Brindar trato digno a las personas, respetando la diversidad económica, social, sexual y de otra índole dentro del marco y respeto a los derechos humanos. **III.** Ejercer sus derechos sin perturbar el orden y la tranquilidad públicos, ni afectar el desarrollo normal de las actividades de los demás habitantes **IV.** Colaborar con las autoridades cuando éstas lo soliciten y en situaciones de emergencia. **V.** Requerir la presencia policiaca en caso de percatarse de la realización de conductas o de hechos violentos que puedan causar daño a personas o bienes de terceros o que afecten la convivencia armónica.

Conclusiones

En Tapachula, Chiapas, el trabajo sexual es permitido para personas adultas y se desarrolla en un contexto de vulnerabilidad social, riesgos para la salud, ambigüedad y vacios legales, que lo desconoce como una actividad económica que requiere de un marco de protección. El proyecto que se presenta tiene como centro la vigilancia sanitaria de los locales en donde se realiza esta actividad; la exigibilidad del derecho a la protección de la salud de las personas que la ejercen, independientemente de su género, origen nacional o situación migratoria; y la incorporación del usuario o usuaria de los servicios como un actor relevante en los programas de salud sexual y reproductiva.

Este proyecto se encuentra en proceso de análisis y aprobación por parte del Ayuntamiento de Tapachula, y es un primer avance en la discusión interdisciplinaria de un tema que tradicionalmente se invisibiliza. Ante el conjunto de leyes, planes y programas federales y locales para hacer frente a la trata de personas, en particular a la "prostitución forzada", el proyecto aprovechó un espacio para posicionar el trabajo sexual libre de personas adultas competentes desde un enfoque de derechos: el derecho a la protección de la salud, a la no discriminación, a migrar, a disponer del propio cuerpo y de la propia sexualidad, así como a un trabajo protegido.

Referencias

1. Carrera I. Nación, diversidad y género. Perspectivas críticas. Barcelona: ANTHROPOS, 2010.
2. Quintino F., Leyva R., Caballero M., Gutiérrez A., Infante C. Respuesta social al trabajo sexual y el VIH/SIDA en localidades de alta movilidad poblacional en Quintana Roo. Chetumal: CONACYT, Gobierno del Estado de Quintana Roo, 2004.
3. Leyva R., Caballero M. Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a ITS y VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2009.
4. ONUSIDA. Nota de orientación del ONUSIDA sobre el VIH y el trabajo sexual. Ginebra: ONUSIDA/09.09S/JC1696S, Versión española, septiembre de 2009.
5. Leyva R., Quintino F., Informe Técnico del Proyecto Promoción de los derechos de jóvenes y mujeres migrantes en áreas vulnerables de la frontera México-Guatemala: prevención y atención de la salud sexual y reproductiva. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública-Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2009.
6. Miró I., Ardevo l. Consideraciones sobre la prostitución y su legalización. Reflexiones en relación al Proyecto de Regulación y Limitación de Servicios Sexuales Remunerados, del Depto. de Interior de la Generalitat de Cataluña. Barcelona: Instituto de Estudios del capital Social (INCAS), Centro de Investigación y Desarrollo Empresarial (CIDE), Universitat Abat Oliba CEU, 2006.

Capítulo VIII. Salud sexual y reproductiva en trabajadores(as) agrícolas migrantes en fincas cafetaleras de la región fronteriza del Soconusco, Chiapas

Mónica Cerón, Salvador Aceves, Evaristo García y Nelly Gómez

Introducción

La frontera México-Guatemala, históricamente se ha consolidado como polo de atracción de un mercado laboral de carácter temporal conformado por trabajadores migrantes provenientes de zonas rurales de Guatemala, que tienen como destino principal las fincas de Soconusco, Chiapas dedicadas al cultivo de café, papaya, plátano y mango, entre otros productos agrícolas.

El flujo migratorio de trabajadores agrícolas (TAM) dedicados al cultivo del café se ha consolidado en la región fronteriza. En el 2004, 78% de los migrantes que solicitaron la Forma Migratoria de Trabajador Temporal Fronterizo (FMTTF) declararon que el propósito de su ingreso a México era laborar en plantaciones cafetaleras, y 42.3% de ellos se dirigieron a unidades productivas de Soconusco.[1,2]

Estudios previos han documentado que durante su estancia en fincas agrícolas de la frontera México-Guatemala, este grupo migrante enfrenta situaciones de riesgo asociadas a la violación de los derechos laborales y sociales que dificultan su acceso a servicios públicos, entre ellos, la protección de la salud.[3,4] A estas condiciones de vulnerabilidad, se suman factores estructurales como la baja escolaridad, el monolingüismo y la discriminación étnica,[5] que limitan el acceso de las y los trabajadores agrícolas migrantes a los servicios de control prenatal y prevención del VIH y otras ITS.

Al considerar el contexto de vulnerabilidad que enfrenta este grupo móvil, en 2009, el proyecto “Promoción de la salud sexual y reproductiva, incluida la prevención del VIH/SIDA y la violencia de género en poblaciones migrantes” buscó fortalecer las acciones de cooperación técnica y ampliar la funcionalidad de la red local para la promoción de la salud sexual y reproductiva en los TAM. Lo anterior, con el objetivo de contribuir al desarrollo de mecanismos de colaboración y alianzas locales que facilitaran el acceso a servicios de prevención y atención integral de las necesidades de SSR por parte de las y los trabajadores agrícolas migrantes.

En este marco, el presente capítulo tiene como propósito dar a conocer los principales hallazgos de la estrategia de intervención del Proyecto focalizada en la población los TAM. En primer lugar, se describen las metodologías de investigación-acción que sirvieron como marco de referencia para la ejecución de la iniciativa. En segunda instancia, se presentan los resultados más relevantes derivados de la documentación de los contextos de vulnerabilidad en espacios laborales seleccionados; se describe el perfil socio-demográfico y las principales necesidades de SSR del grupo migrante y se caracteriza la respuesta social en salud desarrollada por el gremio cafetalero y los servicios públicos locales. Finalmente, se describen las estrategias orientadas al fortalecimiento de la capacidad de respuesta social en salud implementadas en el marco del Proyecto.

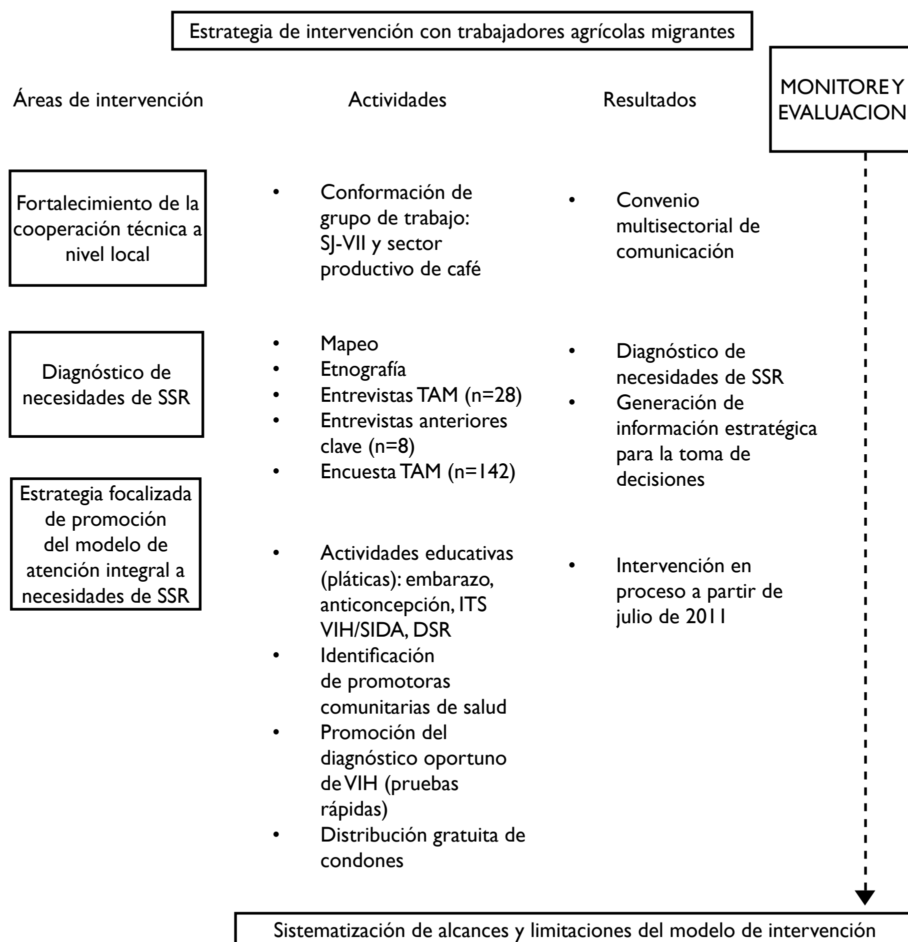
Metodología

Entre 2009 y 2010, el modelo de intervención con la población de TAM incorporó actividades de gestión y planeación para el fortalecimiento de la cooperación técnica con los actores locales involucrados en el tema del trabajo agrícola migrante. Asimismo, recuperó metodologías de investigación-acción que permitieron documentar los contextos de vulnerabilidad social que enfrentan los TAM y la respuesta social en salud desarrollada por el sector productivo del café y los servicios gubernamentales. Estas acciones se acompañaron de una estrategia transversal de monitoreo y evaluación (M&E), que permitió evaluar el alcance y limitaciones del modelo de intervención durante su implementación (Figura 8.1).

La instrumentación del Proyecto se apoya en un núcleo de actores que a nivel local es coordinado por el Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH), en particular por la Jurisdicción Sanitaria VII-Tapachula (JS VII). Dada la importancia económica y social del sector productivo del café en el Soconusco, en 2010, el Proyecto promovió la implementación de una estrategia focalizada a la población migrante que confluye en estos espacios productivos. Para ello, la JS VII buscó el establecimiento de un vínculo de cooperación con representantes de las organizaciones productivas con mayor relevancia en la región.

Como preámbulo para el establecimiento de un convenio de cooperación multisectorial, se definió como prioritaria la generación de información estratégica para la toma de decisiones. Bajo este acuerdo, en 2010, se realizó un diagnóstico de salud en dos fincas cafetaleras seleccionadas: Guadalupe Zajú, ubicada en el municipio de Motozintla y Génova, localizada en Tapachula.

Figura 8.1.
Estrategia de intervención con las y los trabajadores agrícolas migrantes



El estudio se realizó entre los meses de agosto y noviembre, durante el periodo de mayor intensidad laboral en el proceso productivo del café (cosecha), a partir de cinco fuentes de información derivadas de la aplicación de técnicas cualitativas y cuantitativas (Figura 8.1).

- El estudio etnográfico buscó documentar las condiciones de vida y laborales de los TAM durante su estancia en las fincas. La observación se centró en espacios clave: unidades productivas, vivienda y servicios públicos.
- Encuesta sobre migración y SSR. Entre octubre y diciembre de 2010 se aplicó la "Cédula de Monitoreo para población móvil y migrante" (CM-PMM), en una muestra por conveniencia conformada por 142 TAM (63% hombres y 37% mujeres). La encuesta se estructuró en siete ejes temáticos: Datos socio-demográficos, condición de salud, discriminación, violencia basada en género, percepción sobre DSR, comportamiento sexual y prevención y atención de VIH/SIDA/ITS.
- Entrevistas en profundidad dirigidas a las y los TAM. El objetivo fue recuperar y analizar la perspectiva de los trabajadores agrícolas respecto a cuatro aspectos fundamentales: SSR, violencia basada en género, acceso a servicios de salud, e información sobre ITS/VIH/SIDA. La muestra se conformó por 28 entrevistas a 17 mujeres y 11 hombres; el levantamiento ocurrió en noviembre de 2010.
- Entrevistas en profundidad dirigidas a actores clave. El objetivo fue conocer la perspectiva de profesionales de la salud y empleadores sobre los factores que facilitan u obstaculizan el acceso y la utilización de los servicios de SSR en la población de los TAM. La muestra se conformó por ocho informantes clave vinculados a los temas de migración, trabajo agrícola y salud; el levantamiento se realizó en noviembre de 2010.
- Análisis de los sistemas de información. El objetivo fue identificar los avances y limitaciones en la generación de información estratégica sobre la situación de salud de los TAM durante su estancia en fincas. Se realizó un monitoreo in situ a los sistemas de información de las fincas cafetaleras seleccionadas a fin de identificar, compilar, sistematizar y analizar información clave sobre la atención médica. El periodo de observación comprendió los meses de agosto a noviembre de 2010.

En 2011, en el marco de la estrategia de fortalecimiento de la cooperación técnica, se logró formalizar el acuerdo de colaboración entre el gremio cafetalero y los servicios gubernamentales de salud, con el propósito de garantizar el acceso de la población de TAM a servicios integrales de salud, incluida la SSR. A partir de ello, se ha dado continuidad al modelo de promoción de la SSR impulsado por el Proyecto, con énfasis en cuatro áreas prioritarias: embarazo, anticoncepción, ITS/VIH/SIDA y violencia (Figura 8.1.). Con el objetivo de garantizar la sustentabilidad de estas acciones, hacia finales del

2011, se prevé evaluar la contribución y desempeño de la intervención, como punto de partida para la definición de recomendaciones y el establecimiento de acuerdos aplicables a mediano y largo plazo.

Situación de salud sexual y reproductiva

A continuación se presentan algunos de los resultados del diagnóstico sobre SSR en TAM,[6] con énfasis en tres aspectos: la descripción del perfil socio-demográfico, migratorio y laboral de los TAM, las necesidades de SSR que enfrentan durante su permanencia en las unidades productivas y la caracterización de la respuesta social en salud focalizada en la población de los TAM que confluyen en la región cafetalera de Soconusco.

Perfil socio-demográfico, migración y relaciones laborales

En las fincas seleccionadas se aplicó una encuesta a 142 TAM, de los cuales 89 eran hombres (63%) y 53 mujeres (37%). La mayor parte de los trabajadores provenían de zonas rurales de Guatemala, en particular de los Departamentos de San Marcos y Huehuetenango. El 1.4% de los TAM encuestados contaba con permiso de trabajo y el resto acreditaba su estancia en México, mediante pases locales.

El Cuadro 8.1., muestra algunas características del perfil socio-demográfico de los TAM. Se trata de jóvenes con un promedio de 29 años de edad, que llegan a la finca acompañados de algún familiar y en promedio han tenido de dos a tres hijos. Seis de cada 10 TAM reportaron que sus hijos dependían económicamente de ellos. En cuanto a su estado civil, 58% de los TAM vivían en unión libre, el 25% eran solteros y 13% eran casados. El grupo contaba con cuatro años de escolaridad en promedio, y se apreció que los varones tenían mayor acceso a los estudios. El 90% de los encuestados mencionaron que no hablaban ninguna lengua indígena.

Las entrevistas en profundidad aplicadas (n=28) en fincas seleccionadas, permitieron conocer más sobre los patrones de movilidad de los TAM y caracterizar las relaciones laborales que establecen en México. Los informantes comentaron que permanecen en el país entre dos y tres meses; en general, permanecen en la finca de destino y tienen poca movilidad hacia otras unidades productivas. El patrón migratorio es regido por las dos principales etapas del ciclo productivo del café: cultivo y cosecha.

Cuadro 8.1.
Características socio-demográficas

Variable		Hombres		Mujeres		Total	
		n=89	%	n=53	%	n=142	%
Nacionalidad*							
	Guatemala	86	96.6	53	100	139	97.9
Edad							
	Media	33.2		25.4			
	Desviación estándar	13.4		8.1			
	Rango	17-64		15-53			
Situación migratoria*							
	Pase local	83	93.3	45	84.9	128	90.1
	Permiso de trabajo	1	1.1	1	1.9	2	1.4
Hijos							
	Media	2.8		2.5			
	Rango	1-11		1-11			
Habla algún idioma indígena*							
	Sí	13	14.6	1	1.9	14	9.9
Escolaridad							
	Con escolaridad	55	61.8	23	43.4	78	54.9
	Media (años)	3.8		4.1			
	Desviación estándar	1.4		1.9			
	Rango	1-6		1-9			
Estado civil*							
	Vive en unión libre	52	58.4	31	58.5	83	58.5
	Soltero/Soltera	21	23.6	14	26.4	35	24.6
	Casado/Casada	14	15.7	4	7.5	18	12.7

Fuente: Encuesta sobre Migración y Salud Sexual y Reproductiva en la frontera México-Guatemala, 2º semestre de 2010.

Simultáneamente, la aplicación de entrevistas a actores clave involucrados en el tema del trabajo agrícola (n=8) permitió profundizar sobre los esquemas de contratación y división del trabajo entre los TAM. Se observó que la jornada laboral comprende siete u ocho horas, y generalmente los TAM son contratados por cinco semanas (ó 30 días). El salario diario oscila entre los 60 y 65 pesos mexicanos, con derecho a dos raciones de alimento al día, vivienda, guardería y educación básica para sus hijos y servicios médicos básicos. La contratación de los TAM bajo la modalidad de destajo y la incorporación familiar a la jornada laboral derivan en una mayor retribución económica ($80 pesos diarios).

Los informantes clave señalaron que la mayoría de los TAM llegan a México con la intermediación de un contratista, y son pocos los que se trasladan por cuenta propia. La ruta de acceso más recurrida desde Huehuetenango, Guatemala, es el punto fronterizo Cd. Cuauhtémoc-La Mesilla, y desde el Departamento de San Marcos, el cruce Talismán-El Carmen. Aunque, se tiene conocimiento de que un número importante de jornaleros llega a las fincas chiapanecas a través de cruces informales que no tienen presencia de autoridades migratorias.

Embarazo y anticoncepción

El Cuadro 8.2., presenta algunos hallazgos sobre embarazo y anticoncepción a partir de la encuesta aplicada a las TAM. 6 Se observa que el 86% de las mujeres habían sido madres, con un promedio de tres partos, y la media de edad al tener el primer hijo fue de 19 años. Ninguna de las TAM tuvo a sus hijos por medio de cesárea, y dos mujeres declararon haber sufrido un aborto. Sólo 2% de las encuestadas reportó que usaba métodos anticonceptivos. Los principales motivos para no planificar fueron el desconocimiento de métodos (44%), la desaprobación de la anticoncepciónpor su compañero (26%) y el no tener una pareja sentimental estable (13%).

Las entrevistas en profundidad aplicadas entre las TAM señalan que la mayoría de ellas no utiliza a los servicios públicos de su país de origen ni a los consultorios médicos instalados en las fincas para atender necesidades de SSR. Aquellas que utilizan a los servicios médicos lo hacen sólo para realizar sus controles prenatales. El cuidado de la SSR se encuentra condicionado por las prácticas socio-culturales y religiosas que obstaculizan el acercamiento de las mujeres a los servicios de salud.

Cuadro 8.2.
Embarazo y anticoncepción

Variable		n=53	%
Alguna vez ha estado embarazada:			
	Sí	36	85.7
Partos			
	Media	2.7	
	Desviación estándar	3.2	
	Rango	1-16	
Qué edad tenía cuanto tuvo a su primer hijo:			
	Media	18.8	
	Desviación estándar	3.9	
	Rango	14-32	
Actualmente usa algún método anticonceptivo:			
	Sí	1	2.4
Actualmente qué método anticonceptivo utiliza:*			
	Inyecciones	1	100
Motivo para no usar un método anticonceptivo:			
	Por desconocimiento de métodos	17	43.6
	Su pareja no está de acuerdo	10	25.6
	No tiene pareja estable/sentimental	5	12.8
	No le gusta usar métodos anticonceptivos	4	10.3
	Busca el embarazo	1	2.6
	Se operó para no tener hijos	1	2.6
	Por confianza en la pareja	1	2.6

Fuente: Encuesta sobre Migración y SSR en la frontera México-Guatemala, 2º semestre de 2010.

Violencia sexual

Los testimonios recabados a través de las entrevistas en profundidad señalan como poco frecuentes los casos de violencia laboral entre las y los TAM. Los informantes no tienen conocimiento de las instituciones que pueden apoyarlos en caso de discriminación y/o maltrato. En general, mencionaron tener un vínculo de confianza con los administradores de las fincas, lo cual les permitiría acercarse a ellos en busca de apoyo en caso de presentarse situaciones de violencia entre el grupo.

Las entrevistas muestran que los TAM son vulnerables a sufrir violencia física y sexual por parte de organizaciones delictivas durante su trayecto

desde Guatemala hacia las unidades productivas o en los traslados diarios hacia comunidades aledañas. Algunas mujeres perciben que el problema de la violencia intrafamiliar se agudiza en las fincas, pues mencionaron que allí se reportan más casos de abuso entre las parejas que en sus comunidades de origen. Por el contrario, los varones aprecian que las mujeres se encuentran más vulnerables a la violencia física y sexual en Guatemala.

Información sobre VIH/SIDA/ITS

Poco más de la mitad de los TAM encuestados ha oído hablar del VIH/SIDA y otras ITS, y una proporción similar (54%) declaró que conoce estrategias para evitar la transmisión del VIH. El 56% de las y los TAM refirieron el uso del condón como mecanismo efectivo para prevenir la transmisión del VIH y el 34% mencionaron la abstinencia. A pesar de ello, los relatos recabados en las entrevistas a profundidad muestran la persistencia de mitos sobre la infección por VIH y escaso conocimiento sobre las vías de su transmisión:

"Yo he escuchado que es una enfermedad mortal. El SIDA se pega sólo con la mujer, por meternos con una mujer que esté mal, por sexo personal, nada más" (G1-Entrevista a un hombre en la finca Génova); "Ponemos que mi esposo tiene otra, estando aquí, viviendo aquí con él. Como yo estoy aquí adentro, yo no me doy cuenta, y si él esta fuera, consigue otra. ¿Qué tal si esa mujer tiene SIDA, y ya viene conmigo y me contagia? Así, se va regando la SIDA, ¿verdad? (GZ3-Entrevista a una mujer en la finca Guadalupe Zajú)"

Son pocas las mujeres interesadas en profundizar su conocimiento sobre VIH/SIDA/ITS; en general, perciben que este tipo de información es necesaria para sus hijas/os pero no para ellas mismas. Ninguna de las TAM entrevistadas aprecia que durante su estancia en la finca se encuentre en riesgo de infección por el VIH. Refieren pocos casos de personas infectadas en sus comunidades de origen y dicen no discriminarlas. Los TAM jóvenes tienen mayor información sobre las ITS y el VIH/SIDA, debido a las campañas de difusión que se implementan en las escuelas públicas de Guatemala.

Comportamiento sexual y uso del condón

El Cuadro 8.3. muestra algunas características del comportamiento sexual entre los TAM, a partir de los resultados de la encuesta.[6] Las mujeres iniciaron su vida sexual alrededor de los 16 años de edad, en tanto que los varones lo hicieron cuando tenían en promedio 18 años. El 67% de ellos reportó que sus relaciones sexuales son con una pareja sentimental estable, y menos del uno

por cierto mencionó que se vincula con parejas ocasionales. Al momento del levantamiento de la encuesta, 20% de las mujeres y 10% de los hombres no habían tenido su primera relación sexual.

Cuadro 8.3.
Características sobre el comportamiento sexual

Variable		Hombres		Mujeres		Total	
		n=89	%	n=53	%	n=142	%
Edad de la primera relación sexual:							
	No ha tenido relaciones sexuales	9	10.1	11	20.7	20	14.1
	Media	17.4					
	Desviación estándar	3.3					
	Rango	8-32					
Sus relaciones sexuales son:							
	Con pareja estable	55	68.7	27	64.3	82	67.2
	Con pareja de una sola vez	1	1.3	0	0	1	0.8
	No ha tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses	22	27.5	14	33.3	36	29.5
En su última relación sexual utilizó condón:							
	Sí	11	13.8	2	4.8	13	10.7
¿Por qué no lo utilizó?*							
Le causa molestia o irritación		45	100	25	100	70	100
No era necesario		45	100	25	100	70	100
Buscaba el embarazo		45	100	25	100	70	100
No lo conocía		22	48.9	12	48.0	34	48.6
Tiene confianza en su pareja		10	22.2	3	12.0	13	18.6

*Los entrevistados pueden haber mencionado más de un motivo para no utilizar el condón.Fuente: Encuesta sobre Migración y Salud Sexual y Reproductiva en la frontera México-Guatemala, 2009, 1er semestre de 2010.

Sólo el 11% de los TAM mencionaron haber utilizado condón en su última relación sexual. Todos los encuestados coincidieron en que el motivo para no utilizar el preservativo fue que les causaba molestia o irritación, que no lo consideraban necesario o que buscaban el embarazo. También refirieron como motivo para no utilizar el condón que no lo conocían (49%) y que tienen confianza en su pareja (19%).

Las entrevistas en profundidad confirmaron que los varones no consideran necesario el uso del condón en su vida sexual, ya que confían en la fidelidad de su pareja. Simultáneamente, los testimonios de las TAM señalan

que persiste la inequidad de género, pues por la negación de sus parejas las mujeres no pueden negociar el uso del condón en sus relaciones sexuales.

La respuesta social en salud

Además de documentar los perfiles socio-demográficos y las principales necesidades de SSR de los TAM, las técnicas cuantitativas y cualitativas de acopio de información aplicadas durante el levantamiento del diagnóstico de salud en fincas cafetaleras seleccionadas permitieron caracterizar los modelos de provisión de servicios de salud que forman parte de la respuesta social desarrollada por el gremio cafetalero y los servicios públicos locales.

El sector productivo y su vinculación con el IMSS

La formalización del vínculo entre las instituciones de seguridad social y el sector productivo del café se remonta a 1956, luego de la celebración del primer convenio de colaboración entre las partes con el objetivo de garantizar la provisión de servicios de salud a la población de los TAM.[7] Las entrevistas en profundidad con actores clave señalan que dicho mecanismo de cooperación operó con éxito durante 20 ó 25 años, al establecer que cada propietario debía pagar una cuota anual (menor al 5% del salario), que les daba acceso a cinco consultas por hectárea de la finca.

Los informantes clave señalaron que en aquella época los TAM y sus familiares tenían acceso a un paquete básico de servicios de salud, que además contemplaba los gastos por hospitalización en caso de accidentes laborales. El servicio médico para las TAM embarazadas incluía los controles prenatales y la atención del parto. Los recién nacidos quedaban protegidos por extensión del padre, y las relaciones de parentesco eran registradas en los pases de consulta médica.

La información disponible indica que con el paso de los años el criterio de entrega de pases de consulta por hectárea comenzó a ser cuestionado por los pequeños propietarios y por los ejidatarios, por considerarse en desventaja con respecto a los finqueros. Aunado a lo anterior, la falta de control en la entrega de los pases y dervan en prácticas de corrupción entre los administradores de las fincas que contribuyeron al debilitamiento de la relación entre los servicios gubernamentales de salud y el sector productivo.

Los actores clave entrevistados señalaron que el deterioro del vínculo entre las partes se agudizó durante la década de los ochenta, y a pesar de que

existieron algunas alternativas de negociación entre las partes, el sector productivo definió que no podía asumir el incremento de las cuotas que pedía el IMSS. Como resultado de ello, los TAM se enfrentaron a la carencia de servicios médicos y a otras limitaciones para el ejercicio del derecho a la salud.[3, 4]

Modelos de atención de la salud en fincas

Existe poca documentación sobre el fenómeno de ruptura entre el IMSS y el gremio cafetalero del Soconusco; sin embargo, el modelo de investigación-acción implementado por el Proyecto (entrevistas en profundidad con actores clave y estudios etnográficos), nos permitió conocer y caracterizar la respuesta en salud instrumentada para hacer frente a dicho rompimiento.

En la actualidad se distinguen, por lo menos, dos modelos de atención médica instrumentados al interior de las fincas cafetaleras de Soconusco. El primer modelo identificado ha sido adoptado por la mayoría de las organizaciones productoras de café y consiste en el otorgamiento de un paquete básico de servicios que incluye la oferta de consultas médicas a libre demanda y cuya operación se apoya en el sistema privado de salud. Bajo este esquema, el financiamiento del personal de salud, manutención del consultorio y compra de medicamentos es asumido por los empleadores.

Un segundo modelo es el implementado por un pequeño grupo de productores que lograron mantener vínculos con el IMSS y la JS VII, lo cual les ha permitido desarrollar una respuesta de atención primaria a la salud que cuenta con participación de los servicios públicos y privados. En esta modalidad los gastos por la operación del consultorio son asumidos por los empleadores, en tanto que los honorarios de los profesionales de salud y parte de los costos por los insumos médicos son absorbidos por los servicios públicos.

En ambos modelos los empleadores derivan las urgencias médicas que requieren de hospitalización hacia el sistema de salud privado de la Ciudad de Tapachula; este esquema de colaboración les ha permitido reducir los obstáculos de acceso a los servicios gubernamentales de salud.

Perfil de daños a la salud y cobertura médica en fincas

Como se indica en el Cuadro 8.4, 28% de los TAM que participaron en la encuesta tuvieron algún problema de salud en las últimas dos semanas; de ellos, 95% buscaron ayuda para resolver su padecimiento. En este sentido, la valoración de los servicios médicos de la finca en relación a los servicios públicos de Guatemala es positiva.

Cuadro 8.4.
Acceso a los servicios de salud

Variable			**Hombres**		**Mujeres**		**Total**	
			n=89	**%**	**n=53**	**%**	**n=142**	**%**
¿Ha tenido algún problema de salud en las dos semanas previas?								
		Si	26	29.2	14	26.4	40	28.2
Buscó ayuda para su problema								
		Sí	24	92.3	14	100	38	95.0
¿A qué institución acudió?								
	Consultorio de la finca		24	92.3	13	92.9	37	92.5
	Consultorio Casa del Migrante		0	0	1	7.1	1	2.5
¿Usted pagó por la consulta?								
		No	23	88.5	14	100.0	37	92.5
¿Le recetaron medicamento?								
		Sí	22	84.6	14	100.0	36	90.0

Fuente: Encuesta sobre Migración y SSR en la frontera México-Guatemala, 2º semestre de 2010.

Al analizar el registro de atención médica en fincas se observó que las enfermedades respiratorias (32%) y gastrointestinales (16%) fueron el principal motivo de consulta; en menor medida, se vieron afectados por infecciones en la piel, desnutrición o bajo peso, problemas de dolor o caries dentales, dolor muscular y de cabeza.

La encuesta aplicada muestra que la mayoría de los TAM que reportaron algún problema de salud utilizaron a los servicios médicos instalados en las fincas para resolver su padecimiento y no pagaron por la consulta médica ni por el medicamento prescrito. En relación al perfil de los usuarios, el análisis del sistema de información clínica en fincas indica que la mayoría de los TAM (48%) que acudieron a consulta médica tenían entre 15 a 40 años de edad, y alrededor del 20% eran niños/as de 0 a 5 años de edad.

A pesar de que los registros de atención médica en fincas indican no señalan la existencia una sobrecarga de trabajo para los profesionales de salud, los testimonios recabados entre las y los TAM indican que la cobertura de la atención médica se ve rebasada durante la temporada de cosecha. Ante esta limitante algunos de ellos acuden a los servicios públicos de salud (en espe-

cial, a las unidades médicas del IMSS), aunque ésta no se identifica como una práctica recurrente. Además de las barreras de accesibilidad geográfica, la limitada acercamiento a los servicios públicos por parte de los TAM se atribuye a la escasa disponibilidad de insumos y personal médico.

Condiciones de acceso a los servicios de SSR

Los reportes clínicos sobre la atención a migrantes en fincas seleccionadas indican que durante los últimos cinco años sólo dos TAM embarazadas solicitaron el apoyo de los empleadores para la atención de sus partos. Aunque son pocas las embarazadas captadas en estos espacios laborales, los finqueros y administradores entrevistados señalaron que refieren a las mujeres que lo requieran a los servicios privados de salud en la Ciudad de Tapachula, para realizar el monitoreo de posibles complicaciones.

Las entrevistas en profundidad señalan que en su país de origen (Guatemala), la mayoría de las TAM acuden a las parteras para atender sus embarazos y partos; esta decisión se fundamenta en la existencia de vínculos de confianza y parentesco con las "comadronas", así como en el bajo costo que deben asumir por la atención recibida (alrededor de 500 quetzales ó 772 pesos mexicanos). Los testimonios indican que las mujeres que presentaron complicaciones durante sus embarazos y partos fueron atendidas de manera gratuita en los servicios públicos de salud, asumiendo el costo por los exámenes clínicos y el medicamento requerido. Una baja proporción de estas mujeres presentaron síntomas de alarma en su embarazo.

Las TAM que participaron en las entrevistas en profundidad y que reportaron el uso de métodos anticonceptivos, señalaron que tienen acceso a inyecciones hormonales en los servicios públicos de salud en Guatemala o en los consultorios médicos de las fincas.

Por otra parte, el Cuadro VIII.V muestra que el 6% de los TAM encuestados mencionaron que durante su estancia en México han asistido a pláticas o talleres en donde han recibido información sobre VIH/SIDA/ITS. Las entrevistas en profundidad indican que en las fincas, el personal de salud otorga a los TAM información para el cuidado de la SSR (ITS y VIH/SIDA); sin embargo, no se identifica la implementación de una estrategia focalizada en función de las necesidades de este grupo móvil.

La encuesta aplicada en fincas indica que 14% de los hombres y 8% de las mujeres se realizaron la prueba de detección del VIH/SIDA en alguna ocasión. La mitad de los que se practicaron dicho diagnóstico lo hicieron en México, con el apoyo del módulo de atención médica de la Casa Roja del

INAMI. El 38% de los TAM encuestados se realizaron la prueba hace un año; la mitad de ellos lo hizo en un periodo de dos a cinco años atrás. En todos los casos reportaron haber recibido los resultados del examen, y ninguno fue reactivo (Cuadro 8.5.).

Cuadro 8.5.
Información sobre VIH/SIDA e ITS según sexo

Variable	Hombres		Mujeres		Total	
	n=89	%	n=53	%	n=142	%
Ha asistido a pláticas o talleres						
Sí	5	5.6	4	7.5	9	6.3
No	84	94.4	49	92.4	133	93.7
Se ha realizado la prueba del VIH/SIDA:						
Si	12	13.5	4	7.5	16	11.3
No	77	86.5	48	90.6	125	88.0
¿Hace cuánto tiempo se realizó la prueba del VIH/SIDA?						
1 año	4	33.3	2	50.0	6	37.5
2-3 años	3	25.0	1	25.0	4	25.0
4-5 años	3	25.0	1	25.0	4	25.0
6 años	2	16.7	0	0.0	2	12.5
¿En dónde se realizó la prueba?						
México (Casa Roja del INAMI)	7	58.3	1	25.0	8	50.0
Guatemala	4	33.3	2	50.0	6	37.5
No responde	1	8.3	1	25.0	2	12.5
¿Le dieron los resultados de la prueba?						
Sí, eran negativos	12	100	4	100	16	100

Fuente: Encuesta sobre Migración y SSR en la frontera México-Guatemala, 2º semestre de 2010.

Fortalecimiento de la capacidad de respuesta social en salud en fincas

Aunque de manera restringida, la respuesta en salud desarrollada por el sector productivo del café ha permitido que los TAM tengan acceso a servicios médicos básicos durante su estancia en México. No obstante, el impacto de estas acciones se ve disminuido debido a la heterogeneidad de las respuestas implementadas por el gremio; a ello se suman la limitada presencia de personal médico en las fincas, la inaccesibilidad geográfica de los servicios públicos de salud y la mala infraestructura carretera, factores que constituyen obstáculos prioritarios para la atención de urgencias médicas.

En los espacios productivos no existe una estrategia de prevención de riesgos y atención a necesidades vinculadas con la SSR. El sector cafetalero ha priorizado el desarrollo de una respuesta en salud para el control y atención del embarazo-parto; no obstante, la intervención se encuentra ausente en los temas de anticoncepción, VIH/SIDA/ITS y violencia basada en género. La participación de las instituciones de salud locales (IMSS y SSA) en la atención de las necesidades de SSR de los TAM es escasa debido al deterioro del vínculo con el gremio cafetalero.

Durante su estancia en las fincas cafetaleras los TAM no tienen acceso a pláticas o talleres preventivos sobre ITS y VIH/SIDA. La información para el cuidado de la SSR se otorga de manera individual en el contexto de la consulta médica, pero no se identifica una estrategia colectiva de difusión. La información disponible indica que este panorama de desinformación se replica en los contextos de origen.

Es por ello que para 2011, la intervención del Proyecto, focalizada a la población de los TAM, consideró la implementación de una modelo integral de promoción y atención de las necesidades de SSR, con énfasis en cuatro áreas prioritarias: embarazo, anticoncepción, ITS/VIH/SIDA y DSR (Figura 8.1). La estrategia incluye la impartición de pláticas educativas y de sensibilización sobre temas relacionados con la SSR, oferta a libre demanda de pruebas rápidas para la detección del VIH, distribución gratuita de condones y promoción de atención prenatal básica.

En reconocimiento de las prácticas culturales y religiosas de los TAM, se hizo necesario el desarrollo de una estrategia de participación comunitaria con el objetivo de identificar y fortalecer las capacidades técnicas de los actores involucrados en el manejo de urgencias médicas y necesidades de SSR, en particular el embarazo-parto. En este marco, se buscó un acercamiento con las parteras y promotores de salud de la región cafetalera de Soconusco a fin de vincularlos con el personal médico de los servicios gubernamentales a través de una estrategia de certificación y capacitación.[7]

Como preámbulo a estas acciones, se definió como prioritario el fortalecimiento de las capacidades técnicas del personal de salud instalado en las unidades productivas con intervención del Proyecto. Para ello la JS VII, a través de la Coordinación del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA (PVIH), implementó talleres de sensibilización para la promoción y atención de las necesidades de SSR, los cuales hicieron énfasis en la capacitación para la detección oportuna de VIH/SIDA e implementación de los lineamientos de atención para las personas con resultado reactivo.

Finalmente, la intervención 2011 incluye el fortalecimiento de los sistemas de monitoreo clínico-epidemiológico en la atención a migrantes en fincas,

así como su vinculación con los registros de información del sector público con el objetivo de que se traduzcan en una base de datos útil para la planeación en salud.

Conclusiones

El modelo de investigación-acción desarrollado en fincas, permitió documentar el perfil socio-demográfico y de salud de la población de TAM. Se trata de una población integrada por hombres y mujeres jóvenes que comparten una vida en pareja (casados o unidos) y reportan un promedio de dos o tres hijos. Aunque los y las TAM reportan una óptima condición de salud, los problemas infecciosos gastrointestinales y respiratorios forman parte importante del perfil epidemiológico. Durante su estancia en las fincas, la cobertura en salud para los TAM es alta y puede concluirse que su tránsito por México favorece el acercamiento a un modelo de atención médica primaria.

Aun cuando más de la mitad de los TAM encuestados tiene información sobre estrategias para prevenir la infección del VIH, persisten los mitos e inconsistencias en relación con las vías de transmisión. La proporción de TAM que se realizaron el diagnóstico de detección del VIH es baja, aunque no se tienen datos confiables que permitan estimar la prevalencia de la enfermedad.

El acceso a información sobre anticoncepción es limitado; persisten el desconocimiento de los métodos y la inequidad de género en el acceso a la planificación familiar. La mayor parte de las mujeres han estado embarazadas y se sabe que son madres a una edad temprana. La gran mayoría atienden sus embarazos-partos con las parteras de su comunidad de origen y reportan pocas complicaciones; es baja la proporción de mujeres embarazadas que acuden a las fincas cafetaleras.

Por otra parte, el diagnóstico de salud en fincas permitió caracterizar la respuesta en salud desarrollada por el gremio cafetalero. A partir de ello, se identificaron modelos mixtos de atención a la salud. En conjunto, los actores del sector público y/o privado buscan promover un paquete básico de servicios de salud dirigido a los TAM. Se aprecian perfiles diferenciados entre los profesionales de salud que brindan la atención médica a los TAM en fincas; en este sentido, resulta relevante la intervención que realizan las parteras y los promotores comunitarios de salud.

La atención médica proporcionada a los TAM por el sector productivo del café, es monitoreada a través de un sistema de información básico que no se vincula con los registros del sistema de salud público. Dicho registro permite realizar estimaciones sobre el perfil epidemiológico y la cobertura

en salud para los TAM; no obstante, existe una escasa documentación sobre la atención de necesidades de SSR y la referencia hospitalaria de urgencias médicas asociadas al riesgo laboral.

Las unidades productivas dedicadas al cultivo del café en la zona fronteriza de Soconusco, se perciben como espacios potenciales para el desarrollo de una estrategia de atención preventiva y de promoción de la salud (con énfasis en la SSR), así como para la prevención de riesgos asociados a la actividad laboral. Se espera que el esquema de colaboración desarrollado entre el sector productivo del café y los servicios gubernamentales de salud facilite los procesos de sustentabilidad del modelo de promoción de la SSR que se implementa en el marco de la iniciativa.

Referencias

1. INAMI. Dossier: trabajadores guatemaltecos documentados con la FMVA en el Estado de Chiapas, D. F.: Centro de Estudios Migratorios del Instituto Nacional de Migración, 2003.
2. CONAPO. Encuesta sobre migración en la frontera Guatemala-México 2005, D. F.: Consejo Nacional de Población, 2007.
3. Leyva R, Caballero M, Bronfman M. Respuesta social ante la movilidad poblacional y el VIH/SIDA: Experiencias en Centroamérica y México. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005: 181.
4. González A. Las manos que cortan café: jornaleros agrícolas guatemaltecos en el Soconusco. Revista Ecofronteras. 2006; 19: 18-20.
5. Tlachinollan. Migrar o morir: el dilema de los jornaleros agrícolas de la montaña de Guerrero. Tlapa de Comonfort: Centro de Derechos Humanos de la Montaña, 2005: 22.
6. Leyva R., Quintino F., Cerón M. Diagnóstico de salud sexual y reproductiva en trabajadores(as) agrícolas migrantes en fincas de la región fronteriza de Soconusco. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2011.
7. Fajardo G. Escudriñando la historia de la atención hospitalaria en Tapachula Chiapas. Revista Cirugía y Cirujanos 2005; 73: 237-240.
8. Ayala E. Presentación del programa "Paso a paso cuidada el embarazo". Memoria 1ª. Reunión técnica de la promoción de la salud materna [serie en internet] 2008 (2011 marzo 28); [aprox. 3pp]. Disponible en: http://maternidadsinriesgos.org.mx/reuniones/1raReunionTecnica/Memoria/presentaciones_mesas/mesa_4/mesa_4-3.html

IX. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

René Leyva Flores
Frida Quintino

La migración, como fenómeno social, se reconoce como uno de los determinantes de la salud de los grupos poblacionales que interactúan en los contextos de origen, tránsito y destino.[1] Los resultados del Proyecto contribuyen a mostrar que la relación entre migración y salud no tiene una razón única, y que si bien los migrantes comparten situaciones comunes, constituyen una población heterogénea. Las razones para migrar pueden incluir tanto los desastres naturales y epidemiológicos como las situaciones de violencia y precariedad en las condiciones de vida de los ciudadanos en la mayoría de los países de América Latina. Dichas razones se han constituido en factores estructurales que pueden explicar la migración.[2,3]

El concepto de "migrante" incluye una diversidad de poblaciones y de subcategorías ocupacionales, pero también culturales que dota de nuevo sentido a lo que se entiende con dicho concepto. En la frontera sur de México se ha identificado el tránsito de personas procedentes de más de 56 países del mundo que buscan cruzar México como ruta hacia Estados Unidos; pero también una compleja movilidad inter-fronteriza con propósitos comerciales, sociales, laborales, entre otros. Además, grupos familiares comparten el territorio denominado fronterizo, donde la única diferencia que presentan son los documentos que acreditan haber nacido en uno u otro lado de la frontera.

La migración y su relación con salud, como parte de los procesos sociales globales, representa una de las áreas de análisis de políticas públicas con un alto potencial de desarrollo en México y en otros países de América Latina. El Proyecto sobre migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México responde a la necesidad de crear y reforzar las medidas de promoción, prevención y atención de la salud que hasta hace algunos años representaban un sector olvidado por los programas gubernamentales tradicionales.

El reconocimiento de que los derechos sexuales y reproductivos deben ser garantizados más allá de las fronteras políticas, las evidencias que muestran cómo la vulnerabilidad social se acentúa en los procesos migratorios, y la búsqueda de respuestas apropiadas a las necesidades de salud de las poblacio-

nes migrantes, representaron los elementos centrales de las iniciativas realizadas por un periodo de tres años (2009-2011) en la frontera México-Guatemala.

La evidencia generada por el Proyecto ha permitido contar con información estratégica que permite analizar y comprender los contextos estructurales de la vulnerabilidad social en salud en que se insertan determinados grupos de la población migrante; así como identificar los problemas y necesidades de SSR con énfasis en los temas de anticoncepción, cuidado del embarazo, prevención integral del VIH/SIDA/ITS y atención a la violencia sexual. Al mismo tiempo, el proceso de investigación contribuyó a generar evidencias científicas que se constituyeron como un insumo para el desarrollo de políticas de salud en la frontera sur.

Red local e inter-fronteriza para la promoción de la SSR en población migrante

En esta frontera se ha consolidado el trabajo desarrollado por más de una década para dar respuesta a la relación migración y salud.[4, 5, 6] La conformación de un núcleo estratégico de actores intersectoriales ha permitido garantizar la sostenibilidad del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, la prevención y atención del VIH y de la violencia sexual, las cuales se han focalizado de forma inicial a determinados segmentos poblacionales en condiciones de alta vulnerabilidad social: migrantes en tránsito, trabajadores agrícolas temporales y trabajadoras sexuales.

El Proyecto contribuyó a generar evidencias sobre sus condiciones de riesgos relacionados con el proceso migratorio, así como su situación de salud y de acceso a los servicios que contribuyeron a una definición más clara del contenido de las intervenciones. En este aspecto destacan las estrategias desarrolladas por cuatro organizaciones que se ubican en la Ciudad de Tapachula: La Casa del Migrante, Albergue Belén, congregación religiosa Scalabriniana; la organización de la sociedad civil "Una Mano Amiga en la Lucha contra el SIDA"; la "Coordinación del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA de la Jurisdicción Sanitaria VII" (PVIH-JS), y la Casa Roja del Instituto Nacional de Migración, ubicada en la población fronteriza de Talismán, Chiapas.

De igual forma, la iniciativa facilitó el desarrollo de nuevas alianzas con otros actores económicos relevantes en la región, tales como, la Unión de Productores de Café Tacaná (principal empleador de migrantes en labores agrícolas), lo que permitió ampliar la cobertura de acciones hacia los trabajadores agrícolas migrantes y sus familias. Asimismo, se desarrollaron estra-

tegias de colaboración con los gobiernos municipales, las cuales estuvieron orientadas a mejorar la atención en salud de las trabajadoras sexuales en la frontera.

Estos procesos requirieron contar con la participación de nuevas áreas técnico-administrativas de la Jurisdicción Sanitaria, especialmente de la Coordinación de Atención a la Salud de la Mujer, área responsable de la atención a la salud reproductiva, prevención y atención de la violencia; y a la Coordinación de Enseñanza, responsable de vincular al Proyecto a los nuevos profesionales que participan en las unidades de atención médica que se ubican en espacios caracterizados por la alta afluencia de migrantes. De esta forma, se extendió la red de colaboración y se focalizaron las acciones en salud hacia los grupos poblacionales definidos como prioritarios para el Proyecto.

Debido a los diferentes procesos relacionados con la exigibilidad de derechos, se incluyó la asistencia jurídico-legal de un despacho de abogados especializado en salud (MEDILEX) con experiencias exitosas de litigio estratégico en temas de salud sexual y reproductiva que condujeron a reformas de diferentes ordenamientos jurídico-legales con alcance nacional. Asimismo, se incluyó el apoyo técnico de la Clínica de especialidades la Condesa de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México, uno de los actores pioneros en la gestión y desarrollo de evidencias para la mejoría de la calidad de la atención y prevención del VIH en México, así como para el desarrollo del modelo de atención a la violencia sexual y la prevención del VIH, embarazos no deseados y otros daños a la salud relacionados con la grave problemática de la violencia.

La ampliación de la red fronteriza con actores relevantes en la región y su vinculación con actores externos, con presencia nacional e internacional, permitió consolidar el trabajo técnico, de alta calidad, con los grupos móviles y migrantes donde se focalizó el Proyecto, pero sobre todo posicionó y contribuyó a legitimar las acciones locales a nivel nacional. Las políticas de colaboración intersectorial han sido reconocidas y adaptadas para su replicación en iniciativas nacionales y con la red de casas del migrante en México y en otros países de la América Latina, como parte de la iniciativa regional sobre salud sexual y reproductiva impulsada por el UNFPA.

De esta forma, el Proyecto no sólo logró el desarrollo de acciones locales para satisfacer las necesidades de salud en determinados segmentos de poblaciones móviles y migrantes, sino que generó evidencias sobre la capacidad de respuesta social en determinadas condiciones de organización y gestión social para su desarrollo. Asimismo, la focalización de la atención a las necesidades de salud sexual y reproductiva (VIH/ITS, embarazo, anticoncepción

y violencia sexual) generó evidencias con resultados efectivos en la atención a la salud que se han constituido en referencias contra prejuicios que pesan sobre la salud de los migrantes. Particularmente, se contribuyó a desmitificar las nociones que perfilan a las personas migrantes como "población enferma, portadora y transmisora de infecciones", como "sobre-utilizadora de los servicios públicos de salud y otros servicios sociales", y más recientemente como "vinculada a los problemática de la violencia y tráfico de drogas". En su conjunto estos prejuicios sólo han contribuido a incrementar el estigma y las cargas negativas preexistentes. [7,8,9,10] Ninguno de estos prejuicios encontró sustento en las evidencias generadas por el Proyecto; por el contrario, ahora estamos en condiciones de sustentar que los migrantes corresponden a poblaciones sanas y jóvenes con importantes limitaciones en el acceso y uso de los servicios públicos de salud.

El impulso de un nuevo esquema organizativo de los servicios de salud basado en la definición de los centros de salud ubicados en la frontera, como "Amigos de la comunidad y del migrante", generó cambios identificables al menos en tres áreas: se inició el registro de la atención a la salud de los migrantes con el fin de determinar su magnitud y establecer de esta forma las características y el peso de la utilización de estos servicios por los migrantes. Asimismo, se modificó la actitud del personal para brindar atención a los migrantes de forma igualitaria respecto a los ciudadanos mexicanos y con ello se redujo el rechazo a la demanda de atención.

Pero el efecto principal de la expresión "amigo de la comunidad y del migrante" se manifiesta en las percepciones que tienen las propias personas migrantes sobre la dinámica de funcionamiento de los servicios de salud, particularmente en lo que se refiere a la no discriminación y al rechazo, aún cuando la posibilidad real de uso de estos servicios es relativamente baja.

Sistema de información

El sistema de información desarrollado por el Proyecto, además de representar un mecanismo de rendición de cuenta a nivel interno (subsistema de monitoreo y evaluación del desempeño), se constituyó en el procedimiento para generar evidencias para la toma de decisiones y la formulación de políticas que a mediano plazo respondan a las necesidades de los diferentes grupos móviles y migrantes.

El Proyecto buscó que información generada sobre el tema de migración y SSR fuera compartida entre las instituciones participantes, con el fin de difundir de forma más amplia el quehacer de todos los actores participan-

tes. Los informes, reportes de trabajo de campo, herramientas de monitoreo, minutas, notas informativas, bases de datos (cuantitativas y cualitativas), resultados de los diagnósticos de SSR y publicaciones fueron difundidos en los diferentes espacios de convergencia multisectorial organizados en el marco de la iniciativa.

Asimismo, en el ámbito de los servicios públicos de salud se buscó que los cambios introducidos a los formatos de registro clínico-epidemiológico (orientados a generar indicadores de cobertura en población migrante) fueran amigables y no se convirtieran en una carga adicional para los profesionales de salud. De esta manera, se facilitó la incorporación definitiva de los nuevos formatos de SSR, sobre embarazo, violencia y planificación familiar, en los sistemas de información institucional, lo cual, contribuye a dar sostenibilidad a las intervenciones.

Asimismo, el diseño e implementación de procedimientos para la compilación y análisis de la información generada por la JS VII ha permitido ampliar el conocimiento de los perfiles de los usuarios y usuarias de los servicios de SSR, como herramienta para la planeación estratégica en salud. En particular, se ha logrado fortalecer el registro clínico-epidemiológico y facilitar la aplicación de lineamientos de prevención y atención orientados a las personas migrantes que presentan un resultado reactivo en las pruebas de VIH, manejando de manera apropiada los procesos administrativos que implica el acceso al Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA/ITS. De igual manera, el fortalecimiento del sistema de información sobre SSR en áreas prioritarias como el VIH/SIDA/ITS, embarazo, planificación familiar y violencia sexual, ha permitido estimar la cobertura de servicios para la población migrante en la frontera México-Guatemala.

Por otra parte, el Proyecto desarrolló y consolidó un sistema de monitoreo de salud sexual y reproductiva, VIH/SIDA y violencia sexual, así como acceso a los servicios de salud por parte de los migrantes en tránsito, trabajadoras sexuales y trabajadores agrícolas migrantes. A partir de este sistema se genera información de alta sensibilidad para el análisis de riesgos, problemas y necesidades vinculadas con la SSR, así como de las condiciones acceso a servicios públicos de salud, permitiendo estructurar de mejor manera la toma de decisiones por los diferentes actores involucrados.

Servicios de SSR para poblaciones migrantes

La focalización de las intervenciones en tres grupos poblacionales se basó en el uso de la información generada a través de los registros del sistema público

de salud, de las organizaciones sociales y del propio desarrollado por el Proyecto. Una de las características que comparten estos grupos es su condición de vulnerabilidad social, frecuentemente asociada a su estatus migratorio indocumentado, pero también a la escasa información con que cuentan sobre la disponibilidad de redes sociales de apoyo, así como de servicios públicos de salud que han cambiado positivamente sus políticas y prácticas para facilitar el acceso a los grupos móviles y migrantes. No obstante, persisten diferencias de carácter estructural que definen las condiciones migratorias para cada uno de los grupos.

En el caso de los migrantes en tránsito, usuarios de la Casa del Migrante Albergue Belén, se cuenta con información suficiente sobre sus condiciones socioeconómicas, culturales y riesgos, así como de las redes sociales a las que tienen acceso ante las situaciones de violencia que padecen como consecuencia de su tránsito por México. Para esta población de muy alta movilidad se ha estructurado un modelo de atención rápido ajustado a sus condiciones de estancia en diferentes estaciones de tránsito en México.

Además de las cuestiones relacionadas con la prevención y atención de salud, una de las principales necesidades de este grupo es contar con vías de apoyo para la promoción y defensoría de sus derechos en el contexto de inseguridad vive actualmente el país. A este respecto se destaca la importante labor desarrollada en la Casa del Migrante de Tapachula, Chiapas, cuyo liderazgo ha permitido enfrentar de manera exitosa diferentes situaciones y eventos relacionados con la violación de los derechos humanos de los migrantes. De esta manera, la Casa del Migrante pasó de ser un espacio de atención humanitaria que brindaba recursos para la sobrevivencia (alimentación, habitación, ropa, calzado, etc.) a ser un espacio de atención integral a las necesidades sociales y de salud de los migrantes. Ha sido capaz de movilizar recursos para contar con instalaciones para bridar asistencia médica, medicamentos, servicio odontológico, asistencia psicológica y otros recursos para responder rápidamente a las necesidades más apremiantes de salud.

Asimismo, en la Casa del Migrante se cuenta con un programa de prevención, manejo y atención de riesgos relacionados con eventos de violencia sexual y VIH, el cual funciona de acuerdo a las Norma Oficial Mexicana y se implementa con el apoyo de la Jurisdicción Sanitaria VII. En estas condiciones se asegura la calidad de la atención y la sostenibilidad de la estrategia. Además, en estos casos se ha consolidado un sistema de registro que permitirá documentar los casos de las personas afectadas y generar respuestas de orden jurídico-legal, como una vía para contener la impunidad ante estos delitos.

El funcionamiento apropiado del modelo de atención a la salud para migrantes en tránsito requiere de la colaboración de organizaciones sociales y gubernamentales de distintos sectores. Se espera que este modelo genere información suficiente sobre su capacidad para responder a las complejas necesidades de salud relacionadas con el tránsito de migrantes por México. Para ello, se ha iniciado un estudio exploratorio con el fin de evaluar el peso de la Casa del Migrante de Tapachula como un amortiguador social para reducir la exposición a los riesgos, aumentar el acceso a servicios de salud e incrementar la capacidad de los migrantes para el manejo de riesgos asociados a la transmisión de VIH y otras ITS y el uso de anticoncepción de emergencia, así como para la búsqueda de atención de urgencia en casos de violencia sexual. El contar con una estrategia de alta efectividad para estos problemas de salud podría ser de gran utilidad en otras fronteras de América Latina.

Por otra parte, el Proyecto contribuyó a mostrar cómo el trabajo sexual en la frontera se ha constituido en un elemento que caracteriza y forma parte de la dinámica de movilidad. Los estudios realizados en la frontera sur de México han generado evidencias sobre las condiciones de vida y trabajo de las personas que laboran en el contexto del sexo servicio. Dichas condiciones frecuentemente implican importantes riesgos para la salud de las TS, así como violaciones a sus derechos humanos. Las trabajadoras sexuales junto con las mujeres migrantes en tránsito por México, fueron los grupos de la población móvil que reportaron la mayor prevalencia de violencia de cualquier tipo, pero también de violencia sexual.

Diferentes actores confluyen en el contexto del trabajo sexual: autoridades municipales regulatorias del funcionamiento de estos establecimientos, la oficina de salud municipal, médicos privados, proveedores de alcoholes, taxistas, policías, administradores y dueños de establecimientos. Otro actor prioritario son los clientes, muchos de los cuales también se incluyen entre integrantes de los grupos móviles. En su conjunto, estos actores conforman un complejo conglomerado que obtiene diferentes ventajas de las trabajadoras sexuales. A esta red, se ha sumado la delincuencia organizada que busca el control del mercado de trabajo sexual y de los establecimientos donde se ejerce.

De esta forma, las actividades de prevención y promoción de la salud, focalizada en VIH y otras ITS, que de forma tradicional venían implementando organizaciones de la sociedad civil han pasado a formar parte de los trabajos realizados en condiciones de inseguridad y riesgo. Ante ello, las organizaciones sociales dedicadas a la prevención del VIH en las trabajadoras sexuales han tenido que cambiar su perfil de funcionamiento, para fin de contar con la

colaboración directa de los propietarios o administradores de los establecimientos. De esta forma, se ha logrado la entrada a los establecimientos y en las calles para llevar a cabo estudios basados en encuestas y entrevistas con las trabajadoras sexuales, así como realizar actividades de prevención (información preventiva y distribución de condones) y de referencia de personas a los centros de salud en algunos casos identificados.

El hecho de que las actividades no se centraran sólo en el tema del VIH/ITS sino se basaran en un enfoque ampliado de SSR constituyó uno de los principales alcances de la iniciativa. Se registraron algunos avances en la prevención VIH/ITS, anticoncepción y embarazo; sin embargo, el abordaje del tema de la violencia continúa siendo un reto importante. Por su determinación social, la problemática de la violencia sexual requiere del diseño de intervenciones de alta complejidad y diversidad para su prevención y atención oportuna y para el manejo apropiado de sus consecuencias. En este sentido, se espera que la participación de grupos sociales organizados en colaboración con instituciones de alta capacidad de respuesta pueda contribuir a generar estrategias efectivas en sus determinantes, pero también en la prevención y atención de sus consecuencias.

El Proyecto buscó incidir sobre los determinantes estructurales de la vulnerabilidad que enfrentan las trabajadoras sexuales. En el marco de la iniciativa se abrió un espacio para el análisis del Reglamento de Sanidad Municipal de Tapachula, en cuyo marco se regulan las actividades de trabajo sexual. El Artículo 51, cuyo contenido ha sido analizado en el capítulo correspondiente al igual que el marco general de dicho reglamento, fue objeto de una reformulación basada en la evidencia, con el propósito de garantizar la exigibilidad de derecho a la salud de las trabajadoras sexuales. La participación de organizaciones sociales como Una Mano Amiga en la Lucha contra el SIDA, de los servicios de salud de la Jurisdicción Sanitaria VII y del gobierno municipal con el apoyo jurídico-legal de MEDILEX y técnico del INSP, fue clave para contar con una reforma consensuada que en octubre de 2011 fue sometida al Cabildo Municipal de Tapachula para su aprobación.

A mediano plazo, se espera contar con un programa de atención integral a la salud de las trabajadoras y trabajadores sexuales basado en el respeto a sus derechos humanos, al mismo tiempo que se busca eliminar el uso de la atención médica como una vía de control social de las trabajadoras sexuales. Para ello, se ha iniciado el diseño de un sistema estandarizado de atención clínico-epidemiológica que contribuya a mejorar la infraestructura disponible y la capacidad técnica del personal de salud en temas de salud sexual y reproductiva, VIH y violencia sexual, y en consecuencia se mejore la calidad de la

atención basada en el respeto a los derechos. La consolidación de este sistema representa uno de los mayores retos para los años siguientes, dada la alta movilidad de las autoridades municipales y la creciente complejidad del mercado del trabajo sexual, cada vez más orientado hacia espacios menos formales de ejercicio laboral, posiblemente de mayor riesgo y con más consecuencias negativas en la salud.

Otros actores clave que se incorporaron al desarrollo del Proyecto fueron los productores representados por la Unión de Productores de Café de Tacaná. Para ello, se firmó un acuerdo de colaboración entre la Jurisdicción sanitaria VII y la Unión con el fin de establecer los compromisos de ambas organizaciones para la mejoría en la atención a la salud de trabajadores agrícolas y sus familias, con el apoyo técnico del INSP.

El trabajo de investigación-acción desarrollado en fincas permitió documentar la condición y el perfil socio-demográfico y de salud de los trabajadores y trabajadoras agrícolas migrantes (TAM). Este grupo de población se diferencia importantemente en su condición social, cultural y económica respecto a los migrantes en tránsito y las trabajadoras sexuales. Se trata de una población integrada por hombres y mujeres jóvenes que comparten una vida en pareja (casados o unidos) y reportan un promedio de dos o tres hijos. Aún cuando más de la mitad de los TAM tiene información sobre estrategias para prevenir la infección del VIH, persisten los mitos e inconsistencias en relación a las vías de transmisión. La proporción de TAM que se realizaron el diagnóstico de detección del VIH es baja, aunque no se tienen datos confiables que permitan estimar la prevalencia de la enfermedad. Sin embargo, durante el desarrollo del Proyecto se documentaron cuatro casos de trabajadores agrícolas migrantes con resultado reactivo en la prueba rápida que fue aplicada –de manera confidencial, voluntaria e informada– en la Casa Roja del INAMI, y dos en fincas seleccionadas.

El acceso a información sobre anticoncepción es limitado; persiste el desconocimiento de los métodos y la inequidad de género en el acceso a los servicios de planificación familiar. La mayoría de las mujeres han estado embarazadas y se sabe que son madres a una edad temprana. La gran mayoría atiende sus embarazos-partos con las parteras de su comunidad de origen y reporta pocas complicaciones. Por otra parte, el diagnóstico de salud en las fincas permitió caracterizar la respuesta desarrollada por los productores de café a las necesidades de salud de los TAM. Se identificaron modelos mixtos de atención a la salud con participación de instituciones públicas y privadas, donde también resulta relevante el rol para la atención de la salud que realizan las parteras y los promotores comunitarios de salud.

Antes del Proyecto, la atención médica en las fincas de café era primaria y de libre demanda. A partir del Proyecto se pudo probar un esquema de atención basado en la promoción de la salud, (con participación de técnicos en salud comunitaria) y en la prevención específica, altamente focalizado en la respuesta a urgencias, atención de riesgos y daños de salud en las mujeres y niños, y en la diseminación de información para promover el uso de anticonceptivos y la atención prenatal.

Al momento de publicación del presente libro, este modelo se encuentra en evaluación en cuanto a su funcionalidad y efectividad para responder a las necesidades de salud sexual y reproductiva, prevención de VIH/ITS, violencia sexual, entre otros problemas generales de salud de la población. La sostenibilidad de las acciones depende del nivel de exigibilidad para el cumplimiento de los compromisos establecidos en el convenio de colaboración. Estos acuerdos se han visto apoyados con recursos adicionales aportados por la Unión de productores y por el Gobierno del Estado de Chiapas con el propósito de mejorar la vivienda, las cocinas comunitarias y la escuela en las fincas.

Al respecto, uno de los indicadores relevantes a corto plazo para la sostenibilidad de las acciones será la asignación financiera directa de los productores para preservar el modelo de atención desarrollado. Adicionalmente, se ha contado con el acercamiento de la representación consular del Gobierno de Guatemala en Tapachula con el fin de verificar estos cambios en las condiciones de vida en las fincas de los trabajadores, en su mayoría guatemaltecos. Dicha representación consular podría constituirse en uno de los actores para garantizar la exigibilidad del cumplimiento de acuerdos para el acceso de los trabajadores agrícolas a servicios de salud como parte de sus derechos sociales en México.

Perspectivas

Las estrategias desarrolladas por el Proyecto sobre migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México han contribuido en diferentes espacios sociales y de salud, generando evidencias, incrementado la capacidad técnico-científica de los recursos humanos en los temas específicos incluidos en la iniciativa, facilitando el desarrollo de vínculos interinstitucionales para el desarrollo de redes funcionales con la participación de organizaciones sociales y gubernamentales a nivel local e inter-fronterizo, y movilizando apoyos técnicos nacionales e internacionales que contribuyeron a fortalecer la capacidad de respuesta social a las necesidades de salud de los grupos móviles y migrantes en la frontera sur de México.

Los retos se encuentran más relacionados con el contexto social tanto en los lugares de origen de los migrantes como en la propia frontera sur de México. La situación de violencia prevaleciente en los países implicados en el proceso migratorio está determinando las nuevas condiciones en que éste ocurre, sobre todo de forma indocumentada. La respuesta política a la migración en México se ha vinculado a estrategias seguridad nacional, más que al desarrollo de políticas para la atención de fenómenos demográficos, característicos del mundo contemporáneo.

Sin embargo, el desarrollo de estrategias de atención a salud de los migrantes puede contribuir de forma sustantiva a modificar el perfil de respuesta gubernamental a este fenómeno. México ha dado algunas señales en este sentido: las reformas a la Ley General de Migración[11] y a la Ley de Población,[12] realizadas en 2010 y 2011, constituyen áreas donde por vez primera la salud aparece como parte de la estrategia de garantía de respeto a los derechos humanos de los migrantes. La exigibilidad del cumplimiento de los derechos establecidos en estas leyes representa el gran reto para las organizaciones sociales y gubernamentales de salud responsables de traducir las leyes en prácticas de atención. En este sentido, se considera que los aportes del Proyecto tienen un alto valor estratégico para el diseño de modelos operativos replicables en diferentes contextos migratorios, como una contribución general a la equidad en salud.

Referencias

1. Bronfman M, Leyva R, Negroni M. Movilidad poblacional y VIH/SIDA contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Cuernavaca: INSP, 2004
2. Delgado Wise R, Márquez Covarrubias H, Puentes R. Elementos para replantear el debate sobre migración, desarrollo y derechos humanos. México: Red Internacional de Migración y Desarrollo, 2010 [Consultado 2011 sept 26]. Disponible en: http://rimd.reduaz.mx/documentos_miembros/111DelgadoMarquezPuente22102010.pdf
3. Castillo M. Los flujos migratorios en la frontera sur de México. Amérique Latine Histoire et Mémoire, Les Cahiers ALHIM, 2001 [Consultado 2011 sep 26]; 2. Disponible en http://alhim.revues.org/index603.html
4. Leyva R, Caballero M, Bronfman M. Respuesta social ante la movilidad poblacional y el VIH/SIDA: Experiencias en Centroamérica y México. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.

5. Villa B. Ciudad Hidalgo, Chiapas. En: Bronfman M, Leyva R, Negroni M, edit. Movilidad poblacional y VIH/sida. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2004.
6. Leyva R, Quintino F. Diseño, implementación y evaluación de un sistema de atención integral de VIH/SIDA en poblaciones móviles y migrantes en la frontera México-Guatemala. Informe Técnico Final. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2007.
7. Infante C, Leyva R, Caballero M, Guerrero C, Cuadra S, Bronfman M. VIH/sida y rechazo a migrantes en contextos fronterizos. Cuernavaca: INSP, 2004
8. Organista K. Solving Latino psychosocial and health problems: Theory, research and populations.
9. González R. Tráfico de drogas, migrantes y armamento propician ola de violencia en México. México20011 abril12; sección: política. Disponible en: http://www.jornada.unam.mx/2011/04/12/index.php?section=politica&article=011n1pol
10. Castillo A. Migración y movilidad territorial de la población. En: Bronfman M, Leyva R, Negroni M. Movilidad poblacional y VIH/Sida. Cuernavaca: INSP, 2004.
11. inm.gob.mx [sitio de internet]. México: Instituto Nacional de Migración, Inc©2010[consultado 2011 oct. 17]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LMigra.pdf
12. www.dof.gob.mx [sitio de internet]. México: Diario Oficial de la Federación, Inc©2010 [consultado 2011 oct. 17]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/140.pdf

LISTA SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CAGP	Coordinación de Atención a Grupos Poblacionales
CBP	Convención Belém do Pará
CDTMF	Convención sobre los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación de la Mujer
CEDH	Comisión Estatal de Derechos Humanos
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CIPD	Conferencia Internacional de Población y Desarrollo
CM	Casa del Migrante Albergue Belén
CNDH	Comisión Nacional de Derechos Humanos
CONACYT	Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CPE-JS	Coordinación del Programa de Enseñanza de la Jurisdicción Sanitaria VII
CR	Casa Roja del Instituto Nacional de Migración
CSM-JS	Coordinación de Atención a la Salud de la Mujer de la Jurisdicción Sanitaria VII
DH	Derechos humanos
DIF	Desarrollo Integral de la Familia
DSR	Derechos Sexuales y Reproductivos
DUDH	Declaración Universal de los Derechos Humanos
EMIF-GUA-MEX	Encuesta sobre Migración en la Frontera Guatemala- México
EU	Estados Unidos
FEADCCM	Fiscalía Especial de Atención a Delitos Cometidos en Contra de Migrantes
FEVIMTRA	Fiscalía Especial para los Delitos de Violencia Contra las Mujeres y Trata de Personas
FMTF	Formas Migratorias del Trabajador Fronterizo
FMTTF	Forma Migratoria de Trabajador Temporal Fronterizo
FMVA	Forma Migratoria de Visitante Agrícola
HSH	Hombres que tienen Sexo con Hombres

IIDH	Instituto Interamericano de Derechos Humanos
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INAMI	Instituto Nacional de Migración
INEGI	Instituto Nacional de Geografía y Estadísticas
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
ISECH	Instituto de Salud del Estado de Chiapas
ISSSTE	Instituto de Seguridad Social para Trabajadores del Estado
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
JS VII	Jurisdicción sanitaria VII
ME	Mujeres embarazadas
MEDILEX	Consultoría Médico Legal S.A. de C.V
MT	Migrantes en Tránsito
MTS	Mujeres Trabajadoras Sexuales
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organización de la Sociedad Civil
PF	Planificación familiar
PNS	Plan Nacional de Salud
PNUD	Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo
PPE	Profilaxis post exposición
PVIH-JS	Coordinación del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA de la Jurisdicción Sanitaria VII
PVS	Personas con VIH/SIDA
SEMAR	Secretaría de Marina
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SSA	Secretaria de Salud
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
TAM	Trabajadoras Agrícolas Migrantes
TARV	Tratamiento Antirretroviral
TDM	Trabajadoras Domésticas Migrantes
TSM	Trabajadoras Sexuales Migrantes
TTT	Transexuales y Travestís
UMA	Una Mano Amiga en la lucha contra el SIDA
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VBG	Violencia Basada en Género
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Migración y salud sexual y reproductiva
en la frontera sur de México
Se terminó de imprimir en noviembre de 2011.

La edición consta de 1000 ejemplares.